

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2025-06-17 (poz. 39)

Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2025-07-01

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

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	2025-07-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacię do stosowania doustnego	35,00	37,80	40,07	49,64	49,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,34
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacię do stosowania doustnego	10,67	11,52	12,21	16,24	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,91
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacię do stosowania doustnego	19,47	21,03	22,29	28,83	25,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,53
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229	2024-04-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacię do stosowania doustnego	35,99	38,87	41,20	50,77	50,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,85
14	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	2025-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	6,10	6,59	7,13	10,73	10,73	Osteoporoza		30%	3,22
15	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	2022-09-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,00	5,40	5,94	9,54	9,54	Osteoporoza		30%	2,86
16	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	2024-04-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,83	8,46	9,00	12,60	12,60	Osteoporoza		30%	3,21
17	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	2024-07-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,85	8,48	9,02	12,62	12,60	Osteoporoza		30%	3,42
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	2024-07-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	11,77	12,71	13,48	18,31	18,31	Osteoporoza		30%	4,94
19	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517	2025-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	7,73	8,35	8,89	12,49	12,49	Osteoporoza		30%	3,75
20	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	9,00	9,72	10,30	14,33	14,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	12,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	3,19	3,45	3,99	5,64	4,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	5,08
22	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	91,00	98,28	104,18	117,65	94,94	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	25,91
23	Acidum ursodeoxycholicum	Prousan, 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	83,45	95,29	75,18	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	42,66
24	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	75,15	81,16	86,03	98,58	83,53	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	36,10
25	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	68,00	73,44	77,85	89,69	75,18	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	33,35
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	2024-07-01	3 lata	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	45,00	48,60	51,52	61,23	50,12	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby; Wewnątrzwątrobowa cholestaza cięższych		30%	23,54
27	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	70,98	83,53	83,53	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby		30%	25,06
28	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	32,20	34,78	36,86	45,84	45,84	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
29	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2025-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	32,20	34,78	36,86	45,84	45,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
30	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	9,66	10,43	11,06	15,27	13,75	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,72

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
31	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2025-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	9,66	10,43	11,06	15,27	13,75	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,52
32	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	19,39	20,94	22,19	28,96	27,50	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,66
33	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2025-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	19,39	20,94	22,19	28,96	27,50	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,46
34	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,35	12,26	12,99	17,11	14,22	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,09
35	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	11,35	12,26	12,99	17,11	14,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,89
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,35	15,50	16,43	22,33	22,33	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2024-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	14,35	15,50	16,43	22,33	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
38	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,55	16,79	17,80	23,70	23,70	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
39	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,55	16,79	17,80	23,70	23,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
40	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulāt o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,58	6,03	6,57	8,27	4,74	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,73
41	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulāt o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,58	6,03	6,57	8,27	4,74	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,53
42	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulāt o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	43,01	46,45	49,24	58,03	47,40	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	13,83
43	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulāt o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	43,01	46,45	49,24	58,03	47,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,63
44	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulāt o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,79	13,81	14,64	18,21	11,85	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,56
45	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulāt o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,79	13,81	14,64	18,21	11,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,36
46	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulāt o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,50	23,22	24,61	30,51	23,70	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	10,01

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
47	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,50	23,22	24,61	30,51	23,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,81
48	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,18	34,75	36,84	44,30	35,55	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,95
49	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulát o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,18	34,75	36,84	44,30	35,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,75
50	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fioł.po 100 ml	05909991228392	2024-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	111,51	109,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
51	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	97,31	111,51	109,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,49
52	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fioł.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	91,58	105,78	105,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
53	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fioł.po 5 ml	05909990948994	2024-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	109,22	109,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
54	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	146,53	163,31	163,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
55	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	40,00	43,20	45,79	55,64	49,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,90
56	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	366,34	389,46	389,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
57	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	2022-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	96,00	103,68	109,90	124,85	124,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
58	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	2025-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	128,00	138,24	146,53	163,31	163,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
59	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	2023-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	40,00	43,20	45,79	55,64	49,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,90
60	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	2025-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	320,00	345,60	366,34	389,46	389,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
61	Agomelatinum	Agolek, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991388768	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	46,00	49,68	52,66	63,27	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,97
62	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05901720140494	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	48,30	52,16	55,30	66,28	66,28	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,88
63	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	09008732009293	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,00	48,60	51,52	62,13	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	18,83
64	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05995327174952	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,60	49,25	52,21	62,82	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,52
65	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	56 szt.	05995327174969	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	89,60	96,77	102,58	117,19	117,19	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	35,16
66	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	03838989699352	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	45,70	49,36	52,32	62,93	61,86	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii	Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	19,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
67	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fioł.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118	2025-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	330,92	357,39	378,84	409,65	409,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41
68	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990746576	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,00	19,44	20,61	26,82	25,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,34
69	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	20,52	20,52	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
70	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	8,45	9,13	9,68	12,35	8,58	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,97
71	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990837816	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	22,30	24,08	25,53	31,74	25,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,26
72	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,62	6,07	6,61	9,47	9,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,95
73	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,17	10,98	11,64	16,18	16,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
74	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,20	11,02	11,67	16,56	16,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
75	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,10	5,51	6,05	8,91	8,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
76	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	30,60	33,05	35,04	44,61	44,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
77	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt	05907626706604	2024-04-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,18	9,91	10,51	15,05	15,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
92	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	86,40	93,31	98,91	113,16	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,07
93	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	40,75	44,01	46,66	56,91	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	4,96
94	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,29	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
95	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	20,97	22,65	24,01	31,06	27,57	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,69
96	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	81,50	88,02	93,30	107,55	107,55	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
97	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990936502	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	40,75	44,01	46,66	56,91	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	4,96
98	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	60 szt.	05909991512897	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	81,50	88,02	93,30	107,55	107,55	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
99	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990936557	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	81,50	88,02	93,30	107,55	107,55	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
100	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	43,27	46,73	49,54	59,79	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,84
101	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	86,54	93,46	99,07	113,32	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,23
102	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	42,00	45,36	48,08	58,33	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,38

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
103	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	84,00	90,72	96,16	110,41	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,32
104	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	22,00	23,76	25,19	32,24	27,57	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,87
105	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	43,95	47,47	50,32	60,57	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	8,62
106	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991466114	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	83,80	90,50	95,94	110,19	110,19	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
107	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991520250	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,29	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
108	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991471248	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	83,90	90,61	96,04	110,29	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
109	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	86,55	93,47	99,08	113,33	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,24
110	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	43,20	46,66	49,45	59,70	55,15	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	7,75
111	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.11, Leki przeciwpyschotyczne - amisulpiryd	86,40	93,31	98,91	113,16	110,29	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	6,07
112	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,50	5,94	6,48	11,22	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,37
113	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	2,80	3,02	3,56	6,31	6,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
114	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,90	8,53	9,07	13,81	13,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,14
115	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,70	5,08	5,62	8,37	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,51
116	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,70	9,40	9,96	14,70	14,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,41
117	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,60	16,85	17,86	25,25	25,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,58
118	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,35	4,70	5,24	7,99	7,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,40
119	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,80	8,42	8,96	13,70	13,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,11
120	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,90	10,69	11,33	16,07	16,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,34
121	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,10	5,51	6,05	8,80	8,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,38
122	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,70	10,48	11,10	15,84	15,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,75
123	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,85	5,24	5,78	8,53	8,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,56
124	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,14	6,63	7,17	11,91	11,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,57

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
125	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,45	3,73	4,27	7,02	7,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,11
126	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,50	5,94	6,48	11,22	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,37
127	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	2,75	2,97	3,51	6,26	6,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,88
128	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,80	9,50	10,08	14,82	14,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,45
129	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,85	9,56	10,13	14,87	14,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
130	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,85	9,56	10,13	14,87	14,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,46
131	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,23	12,13	12,85	17,59	17,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,28
132	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,62	6,07	6,61	9,36	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,84
133	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,73	14,83	15,71	20,45	18,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,66
134	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,78	10,56	11,20	13,95	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,69
135	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,00	9,72	10,30	15,04	15,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,51

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
136	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990907311	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,80	4,10	4,64	6,24	4,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,98
137	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,50	4,86	5,40	8,15	8,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,45
138	Amlodipinum	Normopidine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,86	8,49	9,03	13,77	13,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,13
139	Amlodipinum	Normopidine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,90	4,21	4,75	7,50	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,25
140	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,70	10,48	11,10	15,84	15,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,75
141	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,85	5,24	5,78	8,53	8,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,56
142	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	14,55	15,71	16,65	23,03	23,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,91
143	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,96	9,68	10,26	15,00	15,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,50
144	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,48	4,84	5,38	8,13	8,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,44
145	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
146	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
147	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	8,75	9,29	12,55	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,03
148	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
149	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	36,63	44,89	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,79
150	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,50	17,82	18,89	24,35	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,30
151	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,00	34,56	36,63	44,89	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,79
152	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,25	8,91	9,45	12,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,19
153	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	23,78	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,73
154	Amlodipinum + Valsartanum	Sarpin, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991293888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	23,78	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,73
155	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,45
156	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,45
157	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,01	15,13	16,04	21,50	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
158	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29
159	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29
160	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,24	19,70	20,88	26,34	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,29
161	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,75	21,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,28
162	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,35	26,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
163	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,31	10,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,27
164	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,37	13,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,75
165	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	26,87	29,02	30,76	38,82	38,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
166	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	17,64	19,05	20,20	26,26	23,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,55
167	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	17,40	18,79	19,92	26,35	26,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,88
168	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,37	13,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
169	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,76	13,78	14,61	19,80	19,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	2,92
170	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,00	17,28	18,32	23,75	21,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,28
171	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	10,44	11,07	14,31	10,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,27
172	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,72	11,58	12,27	16,71	15,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,69
173	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,26	10,00	10,61	16,04	16,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
174	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	14,48	14,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
175	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	9,50	9,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
176	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	13,03	14,07	14,91	20,34	20,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
177	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	15,34	16,57	17,56	23,62	23,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,53
178	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	23,36	25,23	26,74	34,80	34,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
179	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	16,29	17,59	18,65	25,08	25,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	24,76	26,74	28,35	35,27	29,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,39
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 35 ml	05909990894819	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,75	9,45	10,02	12,49	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,77
182	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990894826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,16	19,61	20,79	25,13	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,69
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,17	13,14	13,93	18,76	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,30
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,38	18,77	19,89	26,89	26,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,45
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,38	18,77	19,89	26,89	26,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,45
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	22,36	24,15	25,60	32,60	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,79
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,00	32,40	34,34	42,86	42,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,71
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	16,20	17,50	18,54	23,09	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,12
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	25,80	27,86	29,54	36,71	31,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,77

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	24,31	26,25	27,83	35,08	32,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,81
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	14,58	15,75	16,69	21,75	18,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,45
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	18,26	25,26	25,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,63
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,70	11,56	12,25	16,80	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,83
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,40	23,11	24,49	31,66	31,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,83
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,68	24,49	25,96	32,88	29,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,00
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	11,34	12,25	12,98	17,32	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,88
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,02	12,98	13,76	18,59	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,13
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,04	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,10	23,87	25,30	32,55	32,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,28
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,73	24,55	26,02	33,19	31,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,25
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,03	10,83	11,48	15,46	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,12
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,23	14,29	15,14	19,97	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,51
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,42	26,37	27,96	34,96	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,15
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	29,52	31,88	33,79	42,31	42,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	21,16
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	20,81	22,47	23,82	30,99	30,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	15,50
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	12,90	13,93	14,76	19,31	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,34
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,90	12,85	13,62	18,45	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,99
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,75	19,17	20,33	27,33	27,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,67
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesziny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,05	9,77	10,36	14,70	14,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,35

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,25	20,79	22,04	29,04	29,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,52
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,65	19,06	20,21	27,21	27,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,61
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,75	26,73	28,34	36,86	36,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,43
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	31,04	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,23
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	28,18	28,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,09
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,52	28,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,26
216	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	31,77	40,54	40,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,27
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,20	30,46	32,28	41,05	41,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	20,53
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	28,47	30,75	32,59	39,51	29,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,17
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,99	20,51	21,74	26,08	14,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,78
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	10,06	10,86	11,51	13,98	7,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
221	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	16,77	18,11	19,20	24,03	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,01
222	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	24,26	26,20	27,78	34,27	25,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,42
223	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,90	31,21	33,08	40,08	29,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,74
224	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	38,44	41,52	44,01	52,78	44,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	27,51
225	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	17,23	18,26	25,26	25,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,63
226	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802432	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,25	40,23	42,65	52,46	52,46	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
227	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082162	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	43,00	46,44	49,23	59,04	53,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	6,01
228	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991529468	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,14	36,87	39,09	49,21	49,21	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
229	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991457808	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	34,15	36,88	39,10	48,91	48,91	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
230	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990756711	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,80	48,38	51,29	61,10	53,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	8,07

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
231	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,51	53,03	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	3,13
232	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082148	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,00	47,52	50,37	60,18	53,03	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	7,15
233	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	60,00	64,80	68,69	72,69	12,18	<1>Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	64,16
234	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	200,00	216,00	228,96	240,12	68,22	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	192,37
235	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	68,69	81,01	81,01	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, dokсорubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
236	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	97,31	109,63	81,01	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, dokсорubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	31,82
237	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2024-07-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	55,00	59,40	62,96	75,28	75,28	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, dokсорubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20
238	Aprepitantum	Aprepitant Viatris, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	60,00	64,80	68,69	81,01	81,01	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m2, dokсорubicyny i cyklofosfamidu – profilaktyka		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
239	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	101,81	109,95	116,55	131,83	131,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98
240	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	59,95	64,75	68,63	82,45	82,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
241	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	62,80	67,82	71,90	85,72	85,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
242	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	77,20	83,38	88,38	102,20	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,53
243	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	119,90	129,49	137,26	155,12	155,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
244	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	125,60	135,65	143,79	161,65	161,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
245	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	154,52	166,88	176,89	194,75	194,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
246	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	310,00	334,80	354,89	377,56	377,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
247	Aripiprazolum	Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	1 fiol. proszku + fiol. rozp.	05702157142200	2023-09-01	3 lata	178.12, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	785,70	848,56	899,47	935,31	935,31	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia aripiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
248	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	49,00	52,92	56,10	67,38	65,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,19
249	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	103,78	112,08	118,81	134,09	131,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,62
250	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	75,89	81,96	86,88	100,70	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,53
251	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	160,00	172,80	183,17	201,03	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,32
252	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	22,92	24,75	26,24	34,06	32,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,87
253	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	49,00	52,92	56,10	67,38	65,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,19
254	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	75,30	81,32	86,21	100,03	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
255	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	55,68	60,13	63,74	75,02	65,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,30
256	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	114,00	123,12	130,51	145,79	131,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,94
257	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	170,15	183,76	194,79	212,65	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	20,87
258	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	81,86	88,41	93,71	107,53	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,86
259	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,09	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,31
260	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	253,50	273,78	290,21	310,47	296,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	22,81
261	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	161,12	174,01	184,45	202,31	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,53
262	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	56,43	60,94	64,61	75,89	65,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,17

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
263	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	114,00	123,12	130,51	145,79	131,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,94
264	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	170,15	183,76	194,79	212,65	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	20,87
265	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	82,96	89,60	94,98	108,80	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,13
266	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,09	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,31
267	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	253,50	273,78	290,21	310,47	296,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	22,81
268	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	161,12	174,01	184,45	202,31	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,53
269	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	103,89	112,20	118,93	134,21	131,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,41
270	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	5 lat - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,87	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,42

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
271	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,09	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,91
272	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	331,13	357,62	379,08	401,75	395,49	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,48
273	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	76,04	82,12	87,05	100,87	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,20
274	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	72,50	78,30	83,00	96,82	96,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
275	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	50,50	54,54	57,81	69,09	65,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,73
276	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	80,50	86,94	92,16	105,98	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,31
277	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	86,40	93,31	98,91	113,04	105,93	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,31
278	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,09	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,38

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
279	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	145,00	156,60	166,00	184,20	184,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
280	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	263,92	285,03	302,14	322,92	317,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,25
281	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	160,06	172,86	183,23	201,09	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,38
282	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	78,00	84,24	89,29	103,42	103,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
283	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-03-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	64,40	69,55	73,72	87,54	87,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
284	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	48,16	52,01	55,13	66,41	65,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,69
285	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	96,32	104,03	110,27	125,55	125,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,98
286	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	72,24	78,02	82,70	96,52	96,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
287	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	144,48	156,04	165,40	183,26	183,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
288	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	24,08	26,01	27,56	35,38	32,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,62
289	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-05-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	48,16	52,01	55,13	66,41	65,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,69
290	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	79,00	85,32	90,44	104,26	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,59
291	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	240,00	259,20	274,75	297,42	297,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
292	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	55,00	59,40	62,96	74,24	65,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,52
293	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	54,00	58,32	61,82	73,51	70,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,09
294	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	110,00	118,80	125,93	141,21	131,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
295	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2024-07-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	108,00	116,64	123,64	139,33	139,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,27
296	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	82,50	89,10	94,45	108,27	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,60
297	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	165,00	178,20	188,89	206,75	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,97
298	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	178,00	192,24	203,77	221,63	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	29,85
299	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	26,66	28,79	30,52	38,34	32,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,58
300	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	50,46	54,50	57,77	69,05	65,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,70
301	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	75,69	81,75	86,65	100,47	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,32
302	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	105,00	113,40	120,20	135,48	131,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
303	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	78,75	85,05	90,16	103,98	98,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,31
304	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	157,50	170,10	180,31	198,17	197,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,39
305	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	315,00	340,20	360,61	383,28	383,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,95
306	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991518141	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	48,13	51,98	55,10	66,38	65,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,66
307	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991518158	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	72,19	77,97	82,64	96,46	96,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
308	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991518202	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	153,00	165,24	175,15	193,01	193,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
309	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991518127	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.7, Leki przeciwpyschotyczne - aripiprazol	25,50	27,54	29,19	37,01	32,96	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (F42 wg ICD - 10), tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,25

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
310	Atomoxetine	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991412173	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	48,50	52,38	55,52	67,12	67,12	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
311	Atomoxetine	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991412241	2023-11-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	77,56	83,76	88,79	103,16	103,16	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
312	Atomoxetine	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,47	23,19	24,58	31,72	31,72	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
313	Atomoxetine	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	38,75	41,85	44,37	54,24	54,24	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
314	Atomoxetine	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	55,12	59,53	63,10	74,70	74,70	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
315	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909991523985	2024-07-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	51,95	56,11	59,48	71,51	71,51	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
316	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2022-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	88,48	95,56	101,29	115,66	115,66	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	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241	2023-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	80,00	86,40	91,58	106,30	106,30	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
318	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	21,88	23,63	25,05	32,19	31,72	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	3,67
319	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	39,38	42,53	45,08	54,95	54,95	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
320	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	54,69	59,07	62,61	74,21	74,21	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
321	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990	2023-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	87,50	94,50	100,17	114,54	114,54	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	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,02	7,58	8,12	9,72	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	6,76
323	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,15	14,20	15,06	17,80	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	11,88
324	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,85	25,76	27,30	32,02	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	20,18

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
325	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,90	7,45	7,99	9,59	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,63
326	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,70	22,36	23,70	27,59	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,71
327	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,60	10,37	10,99	13,73	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,81
328	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,05	19,49	20,66	25,38	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,54
329	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,80	31,10	32,97	39,33	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,57

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
330	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,28	14,34	15,21	19,10	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	10,22
331	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,00	27,00	28,62	34,98	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	17,22
332	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,20	20,74	21,98	26,70	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	14,86
333	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,10	38,99	41,33	48,71	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	25,03
334	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,49	59,93	63,53	72,87	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	37,35

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
335	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,71	31,01	32,86	39,22	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	21,46
336	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,28	41,34	43,83	51,21	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	27,53
337	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991321611	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,29	5,71	6,25	8,99	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,07
338	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	16,16	16,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,85
339	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	3,46	4,00	5,60	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
340	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,95	6,43	6,97	9,71	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,79
341	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,20	9,94	10,53	14,42	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,54
342	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,95	12,91	13,68	18,40	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,56
343	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,32	15,47	16,39	22,75	22,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,83
344	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,09	20,62	21,86	29,24	29,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,77

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
345	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,00	3,24	3,78	5,38	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,42
346	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,20	6,70	7,24	9,98	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,06
347	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,07	11,96	12,67	17,39	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,55
348	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,60	17,93	19,01	25,37	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,61
349	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	059099909000275	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,40	13,39	14,19	18,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,07

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
350	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,13	23,90	25,34	32,72	32,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,82
351	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,20	35,86	38,01	47,35	47,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,21
352	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,02	23,78	25,21	32,59	32,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,78
353	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,49
354	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,37	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
355	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,35	2,54	3,08	4,68	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,72
356	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,70	5,08	5,62	8,36	8,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,51
357	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	08595566453541	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,30	10,04	10,65	15,37	15,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,61
358	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991444747	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,95	15,07	15,97	22,33	22,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,70
359	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,40	10,15	10,76	15,48	15,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
360	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08595566453589	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,60	20,09	21,30	28,68	28,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,60
361	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,80	20,30	21,52	28,90	28,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,67
362	Atorvastatinum	Atorvastaterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,19	7,77	8,31	9,91	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,26
363	Atorvastatinum	Atorvastaterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,39	15,54	16,47	19,21	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,96
364	Atorvastatinum	Atorvastaterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,79	31,09	32,96	37,68	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,26

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
365	Atorvastatinum	Atorvasteryl, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,17	28,26	29,96	37,34	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,29
366	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,80	6,26	6,80	8,40	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,44
367	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,90	9,61	10,18	12,92	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,00
368	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,81	9,51	10,09	14,60	14,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,38
369	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,80	18,14	19,23	23,95	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,11

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
370	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,75	32,13	34,06	41,44	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,98
371	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,90	7,45	7,99	9,59	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,97
372	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,95	7,51	8,05	10,79	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,38
373	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,65	10,42	11,05	14,94	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,45
374	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,80	11,66	12,37	15,11	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,27

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
375	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,25	13,23	14,03	18,75	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,22
376	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,25	19,71	20,90	27,26	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,55
377	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,70	23,44	24,84	29,56	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,95
378	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,36	25,23	26,74	34,12	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,40
379	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,20	39,10	41,44	50,78	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
380	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,02	5,56	7,16	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	4,20
381	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,30	6,80	7,34	10,08	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	4,16
382	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,35	10,10	10,70	14,59	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,71
383	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,81	8,43	8,97	11,71	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,79
384	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,48	13,48	14,29	19,01	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,17

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
385	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,35	19,82	21,01	27,37	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,61
386	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,69	16,95	17,96	22,68	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,84
387	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,16	26,09	27,66	35,04	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,36
388	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,50	38,34	40,64	49,98	49,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,99
389	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,69	3,99	4,53	6,13	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,17

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
390	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,38	7,97	8,51	11,25	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,33
391	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,10	7,67	8,21	12,10	12,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,63
392	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,76	15,94	16,90	21,62	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,78
393	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,20	15,34	16,25	22,61	22,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,78
394	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	29,00	31,32	33,20	40,58	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
395	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,00	37,80	40,07	47,45	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,77
396	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,90	6,37	6,91	8,51	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	5,55
397	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,60	9,29	9,85	12,59	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,67
398	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,30	17,60	18,66	23,38	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,54
399	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	48,90	52,81	55,98	65,32	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	29,80

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
400	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,00	7,56	8,10	9,70	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,07
401	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,00	15,12	16,03	18,77	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,57
402	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	27,93	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,14
403	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,16	12,05	12,78	15,52	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,64
404	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,80	22,46	23,81	28,53	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,02

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
405	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,05	33,53	35,54	41,90	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,73
406	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,85	18,20	19,29	24,01	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,95
407	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,33	29,52	31,29	38,67	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,49
408	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	40,49	43,73	46,35	55,69	50,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,15
409	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,75	42,93	45,51	52,89	33,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	29,21

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
410	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,15	7,72	8,26	12,15	12,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,65
411	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,30	15,44	16,37	22,73	22,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,82
412	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,30	15,44	16,37	22,73	22,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,82
413	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	12,60	13,61	14,43	19,31	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	5,22
414	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2025-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	12,60	13,61	14,43	19,31	16,71	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,34
415	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	20,40	22,03	23,35	30,23	27,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	5,02

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
416	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2025-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	20,40	22,03	23,35	30,23	27,85	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,14
417	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	45,67	55,69	55,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,56
418	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2025-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	39,90	43,09	45,67	55,69	55,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
419	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	14,74	18,05	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,73
420	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,06	24,90	26,40	29,71	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,95
421	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,57	14,66	15,53	18,84	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,17
422	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,05	6,53	7,07	10,38	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	5,19
423	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,40	13,39	14,19	16,91	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,98
424	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	25,07	29,77	15,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,90
425	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,60	34,13	36,18	42,50	23,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,69

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
426	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	39,50	42,66	45,22	52,33	29,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	37,57
427	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,40	17,71	18,77	22,08	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	16,76
428	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,75	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,43
429	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,73	14,83	15,71	19,02	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,70
430	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,49	10,25	10,86	14,17	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,85
431	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,42	16,65	17,66	22,36	15,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,49
432	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,30	19,76	20,95	27,27	23,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	15,46
433	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	26,21	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,80
434	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,80	12,74	13,51	16,82	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,35
435	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,75	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,49
436	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,40	13,39	14,19	16,91	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,98

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
437	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,00	19,44	20,61	22,49	5,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	19,83
438	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,80	19,22	20,38	23,69	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,37
439	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,80	19,22	20,38	23,69	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,37
440	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	25,07	29,77	15,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,90
441	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,50	34,02	36,06	42,38	23,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,57
442	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	125,36	141,08	141,08	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,80
443	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trinbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	<1>2023-09-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	250,75	270,81	287,06	308,00	308,00	<1>Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych; <2>Leczenie podtrzymujące astmy u pacjentów z niewystarczającą kontrolą objawów choroby po zastosowaniu produktu złożonego z długo działającego agonisty receptorów beta-2 i średnich dawek kortykosteroidu wziewnego, u których wystąpiło jedno lub więcej zaostrzeń astmy w ciągu poprzedniego roku		30%	92,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
444	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	66,00	71,28	75,56	89,19	89,19	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
445	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	125,36	141,08	141,08	Astma		ryczałt	4,80
446	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990054152	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	122,90	132,73	140,69	156,41	141,08	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,13
447	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	150,29	166,01	141,08	Astma		ryczałt	29,73
448	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	150,29	166,01	141,08	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	67,25
449	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	300,57	320,51	282,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	123,00
450	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	20,83	27,48	27,48	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,74
451	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	13,68	17,79	13,98	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	10,80
452	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampulek po 1 ml	05909990121625	2025-01-01	3 lata	81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego	50,00	54,00	57,24	68,41	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,21
453	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	2023-05-01	3 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	18,60	20,09	21,30	27,95	27,95	Leczenie łuszczycy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,98
454	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518	2025-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	7,50	8,10	8,64	12,11	12,11	Jaskra		30%	3,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
455	Bilastinum	Bellix, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991496630	2025-07-01	2 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,05	8,69	9,23	13,24	13,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,97
456	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	36,01	44,11	35,48	Jaskra		ryczałt	11,83
457	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	108,01	122,11	106,43	Jaskra		ryczałt	24,64
458	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	31,95	40,05	35,48	Jaskra		ryczałt	7,77
459	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,75	90,45	95,88	109,98	106,43	Jaskra		ryczałt	12,51
460	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,11	28,20	29,89	37,99	35,48	Jaskra		ryczałt	5,71
461	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,72	29,94	31,73	39,83	35,48	Jaskra		ryczałt	7,55
462	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,16	89,81	95,20	109,30	106,43	Jaskra		ryczałt	11,83

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
463	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,81	32,19	34,13	42,23	35,48	Jaskra		ryczałt	9,95
464	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,55	96,71	102,51	116,61	106,43	Jaskra		ryczałt	19,14
465	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 przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,88	32,27	34,20	42,30	35,48	Jaskra		ryczałt	10,02
466	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 przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,68	96,85	102,66	116,76	106,43	Jaskra		ryczałt	19,29
467	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,70	32,08	34,00	42,10	35,48	Jaskra		ryczałt	9,82
468	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	2025-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	8,90	9,61	10,18	14,18	14,18	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,25
469	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	2025-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	11,25	12,15	12,88	17,38	17,02	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,47
470	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,94	13,98	14,82	20,89	20,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	5,76
471	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,47	6,99	7,53	11,21	11,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	2,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
472	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,60	16,85	17,86	23,93	23,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
473	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	23,40	25,27	26,78	34,39	34,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	9,60
474	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,80	8,42	8,96	12,64	12,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
475	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,70	12,64	13,39	18,31	18,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,80
476	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,40	6,91	7,45	11,13	11,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
477	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,20	3,46	4,00	6,07	6,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
478	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,15	7,72	8,26	11,94	11,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
479	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,33	4,68	5,22	7,29	6,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,91
480	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,24	6,74	7,28	10,96	10,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
481	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,74	14,84	15,72	21,79	21,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
482	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,54	3,82	4,36	6,43	6,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
483	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,87	7,42	7,96	11,64	11,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
484	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,39	6,90	7,44	11,12	11,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
485	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,19	3,45	3,99	6,06	6,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
486	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,54	9,22	9,77	13,45	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,49
487	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,08	18,45	19,55	25,62	25,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
488	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,27	4,61	5,15	7,22	6,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,84
489	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,54	9,22	9,77	13,45	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,49
490	Brexipiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05038256002863	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - breksipiprazol	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
491	Brexipiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05038256002870	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - breksipiprazol	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
492	Brexipiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 3 mg	28 szt.	05038256002887	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - breksipiprazol	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
493	Brexipiprazolum	Rxulti, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05038256002894	2024-04-01	2 lata	178.15, Leki przeciwpsychotyczne - breksipiprazol	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
494	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,56	18,96	20,10	26,57	23,95	Jaskra		ryczałt	5,82
495	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2022-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	20,50	22,14	23,47	29,94	23,95	Jaskra		ryczałt	9,19
496	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	46,00	49,68	52,66	64,15	64,15	Jaskra		ryczałt	8,00
497	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,23	16,45	17,43	23,90	23,90	Jaskra		ryczałt	3,20
498	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	45,70	49,36	52,32	63,81	63,81	Jaskra		ryczałt	8,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
499	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641	2023-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,51	23,95	Jaskra		ryczałt	9,76
500	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,50	23,22	24,61	31,08	23,95	Jaskra		ryczałt	10,33
501	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,88	24,71	26,19	32,66	23,95	Jaskra		ryczałt	11,91
502	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386	2023-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,80	21,38	22,67	29,14	23,95	Jaskra		ryczałt	8,39
503	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,51	23,95	Jaskra		ryczałt	9,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
504	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	59,55	64,31	68,17	79,66	71,86	Jaskra		ryczałt	15,80
505	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	2 lata 4 miesiące - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	317,59	343,00	363,58	386,63	386,63	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 Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
506	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	2 lata 4 miesiące - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	296,42	320,13	339,35	361,73	361,73	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 po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
507	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990211913	2025-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	12,20	13,18	13,96	18,90	18,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
508	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2023-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,20	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
509	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2023-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,20	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,25
510	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	69,48	81,86	81,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,42
511	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	69,48	81,86	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,71

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
512	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,39	52,26	55,39	66,36	66,21	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,35
513	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,39	52,26	55,39	66,36	66,21	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,35
514	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,20	58,15	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
515	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,90	45,25	47,96	58,20	58,15	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,25
516	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,60	65,45	69,38	81,76	81,64	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,32
517	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2022-11-01/<2>2024-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,60	65,45	69,38	81,76	81,64	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,61
518	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	44,53	51,04	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	31,93
519	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	38,90	42,01	44,53	51,04	22,31	x	wirusowe zapalenie krtań u dzieci do 18 roku życia	30%	35,42
520	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	67,02	76,55	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,26
521	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	58,55	63,23	67,02	76,55	44,62	x	wirusowe zapalenie krtań u dzieci do 18 roku życia	30%	45,32

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
522	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	64,48	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,19
523	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	48,00	51,84	54,95	64,48	44,62	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	33,25
524	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2024-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,26
525	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	30,09
526	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	2024-10-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	20,85	25,36	13,39	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,17
527	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	18,22	19,68	20,85	25,36	13,39	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	15,99
528	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2024-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	81,42	91,76	53,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	44,61
529	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	71,12	76,81	81,42	91,76	53,55	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	54,28
530	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	2024-10-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,26
531	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	36,43	39,34	41,71	48,83	26,77	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	30,09
532	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	47,75	51,57	54,67	64,20	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,91
533	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	47,75	51,57	54,67	64,20	44,62	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	32,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
534	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2025-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
535	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2025-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
536	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2025-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
537	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2025-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,54
538	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2023-01-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 15	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 14, <1>9 miesięcy/<2>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	335,00	361,80	383,51	407,11	407,11	<1>Indukcja remisji u dorosłych pacjentów z łagodną do umiarkowanej, 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
539	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	383,51	407,11	407,11	<2>Indukcja remisji u pacjentów z aktywnym mikroskopowym zapaleniem jelita grubego		30%	122,13
540	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid	305,00	329,40	349,16	371,81	371,81	Choroba Leśniowskiego-Crohna	postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi	ryczałt	3,56

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
541	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	2024-10-01	2 lata	11.2, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - w eozynofilowym zapaleniu przełyku	1523,33	1645,20	1743,91	1796,64	1796,64	Leczenie eozynofilowego zapalenia przełyku (ang. eosinophilic esophagitis, EoE) u pacjentów uprzednio leczonych inhibitorami pompy protonowej (IPP) – leczenie indukcyjne, do 12 tygodni (warunkiem wdrożenia leczenia jest udokumentowanie wykonania badania endoskopowego z pobraniem do oceny histopatologicznej co najmniej 6 wycinków błony śluzowej z proksymalnej i dystalnej części przełyku, z potwierdzeniem EoE poprzez obecność równej lub większej od 15 liczby eozynofili w dużym powiększeniu)		ryczałt	4,80
542	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	55,24	66,21	66,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
543	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	55,24	66,21	66,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
544	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
545	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
546	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2024-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,25
547	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2024-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,55	65,39	69,31	81,69	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,54

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
548	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
549	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	2024-10-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
550	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	2024-10-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,48	65,32	69,24	81,62	81,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
551	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	2024-10-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,48	65,32	69,24	81,62	81,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49
552	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	2025-04-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,30	52,16	55,30	66,27	66,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,26
553	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	2025-04-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	48,30	52,16	55,30	66,27	66,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,26
554	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	2025-04-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
555	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	2025-04-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	41,85	45,20	47,91	58,15	58,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
556	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	2025-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
557	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	2025-04-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	60,50	65,34	69,26	81,64	81,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,49
558	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2025-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	81,01	81,01	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
559	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2025-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	59,95	64,75	68,63	81,01	81,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,30
560	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,17
561	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	24,66
562	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,17
563	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	29,50	31,86	33,77	40,28	22,31	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	24,66
564	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawk	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	50,37	60,00	47,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,17
565	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawk	05907626709476	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	84,00	90,72	96,16	109,79	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,94
566	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047	2025-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,00	91,80	97,31	110,94	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,09

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
567	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,95	107,95	114,43	128,06	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	37,21
568	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	87,12	94,09	99,74	113,37	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,52
569	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	107,67	121,30	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,45
570	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	97,57	111,20	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,35
571	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	48,07	57,70	47,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,87
572	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	96,15	109,78	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,93
573	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	97,30	110,93	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,08
574	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	100,02	108,02	114,50	128,13	94,05	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	62,30
575	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	99,50	107,46	113,91	127,54	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,69

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
576	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	99,50	107,46	113,91	127,54	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	36,69
577	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	55,34	59,77	63,35	73,34	54,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,51
578	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,19
579	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
580	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,19
581	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642	2024-04-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	28,84	31,15	33,02	41,42	41,42	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
582	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	46,71	56,83	55,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,02
583	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	40,80	44,06	46,71	56,83	55,01	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,82
584	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	70,05	82,51	82,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
585	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	61,19	66,09	70,05	82,51	82,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
586	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	93,42	107,54	107,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
587	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2024-10-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	81,60	88,13	93,42	107,54	107,54	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
588	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	44,83	48,42	51,32	61,44	55,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,63
589	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	44,83	48,42	51,32	61,44	55,01	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,43
590	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,31	82,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,00
591	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	66,25	71,55	75,85	88,31	82,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,80
592	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	87,50	94,50	100,17	114,29	110,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,48
593	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325	2025-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	87,50	94,50	100,17	114,29	110,01	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,28
594	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	2025-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	25,00	27,00	28,62	36,36	36,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,91
595	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	2025-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - buspiron	14,00	15,12	16,03	21,06	18,18	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,33
596	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2022-11-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	170,00	183,60	194,62	213,02	213,02	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
597	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	2025-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,68	40,69	43,14	52,90	52,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,87
598	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	2025-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	75,37	81,40	86,28	100,04	100,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,01
599	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	48,94	52,86	56,03	65,79	52,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,76
600	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	97,88	105,71	112,05	125,81	105,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	51,75

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
601	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	2024-10-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	43,74	47,24	50,07	59,83	52,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,80
602	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080	2025-07-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	37,45	40,45	42,88	52,64	52,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,79
603	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097	2025-07-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	74,90	80,89	85,74	99,50	99,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,85
604	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	134,38	145,13	153,84	167,60	105,80	Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych		30%	93,54
605	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	2025-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	75,37	81,40	86,28	100,04	100,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,01
606	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	2023-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	87,50	94,50	100,17	113,93	105,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,87
607	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816	2025-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcytriol	35,50	38,34	40,64	50,15	47,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,97
608	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823	2025-07-01	2 lata	18.4, Witamina D i jej metabolity - kalcytriol	71,00	76,68	81,28	94,79	94,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,44
609	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991096106	2024-04-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	125,40	135,43	143,55	160,18	160,18	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		30%	48,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
610	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,81	41,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,54
611	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,75	14,85	15,75	21,21	21,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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%	6,36
612	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,90	15,01	15,91	21,37	21,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
613	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
614	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	16,60	22,35	22,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,71
615	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,50	29,70	31,48	39,74	39,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,92
616	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	40,09	40,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
617	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,92	37,71	39,98	48,24	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,14
618	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,81	41,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,54
619	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,50	29,70	31,48	39,74	39,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,92
620	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	40,09	40,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
621	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	40,09	40,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,03
622	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,00	38,88	41,21	49,47	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,37
623	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,90	31,21	33,08	41,69	41,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,51
624	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,60	31,97	33,89	42,50	42,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,75
625	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
626	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,46	18,86	19,99	25,45	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,40
627	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,40	15,55	16,48	22,23	22,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,67
628	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,80	31,10	32,97	41,58	41,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,47
629	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,20	7,78	8,32	11,78	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,72
630	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	059099909062945	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,56
631	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	059099909062839	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,34	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
632	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,67	21,24	22,52	27,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,93
633	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	22,70	22,70	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%	6,81
634	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,60	31,97	33,89	42,50	42,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,75
635	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,50	31,86	33,77	42,38	42,38	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%	12,71
636	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,50	31,86	33,77	42,38	42,38	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%	12,71
637	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	10,62	11,25	14,51	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,99
638	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	7,99	8,53	11,99	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,93
639	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,75	15,93	16,89	22,64	22,64	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
640	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
641	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
642	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
643	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
644	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,87	10,75	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,35
645	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	27,87	33,62	23,04	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,74
646	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	83,57	94,18	69,11	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	41,22
647	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,35	26,30	27,87	33,62	23,04	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,74
648	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	73,00	78,84	83,57	94,18	69,11	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	41,22
649	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	13,94	17,40	11,52	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
650	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	41,79	49,11	34,55	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,44
651	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,18	13,15	13,94	17,40	11,52	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,41
652	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	36,50	39,42	41,79	49,11	34,55	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,44
653	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	17,88	23,34	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,29
654	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,62	16,87	17,88	23,34	21,50	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,29
655	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,81	8,43	8,97	12,23	10,75	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,71
656	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,10	16,31	17,29	23,04	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,91
657	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,81	41,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,54

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
658	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,81	41,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,54
659	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,87	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,82
660	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,92	37,71	39,98	48,24	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,14
661	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	10,70	13,96	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,44
662	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,46	18,86	19,99	25,45	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,40
663	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	08595566454555	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	20,91	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,27
664	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	08595566454630	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	29,16	30,91	39,17	39,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,75
665	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,25	29,43	31,20	39,46	39,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
666	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,25	29,43	31,20	39,46	39,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
667	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,60	37,37	39,61	48,22	46,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,97
668	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
669	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,41	33,92	35,95	44,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,11
670	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
671	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	40,82	43,28	51,54	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,44
672	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	40,82	43,28	51,54	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,44
673	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	27,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,04
674	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	21,43	26,89	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,84
675	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,81	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,71
676	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,42	38,25	40,55	48,81	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,71
677	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,04
678	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,90	17,17	18,20	23,66	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,61
679	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
680	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
681	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,58	21,15	22,41	27,87	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,82
682	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl. powł., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	44,87	53,13	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,03
683	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	55,80	60,26	63,88	74,14	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	28,99
684	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl. powł., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	44,87	53,13	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,03
685	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl. powł., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,20	42,34	44,87	53,13	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	23,03
686	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	9,88	10,48	13,74	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,22
687	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl. powł., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,60	21,17	22,44	27,90	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,85
688	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbi Kombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,90	30,13	31,94	39,00	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,43
689	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,81	11,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,61

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
690	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,81	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,89
691	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,81	11,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,94
692	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	14,81	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,06
693	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	15,11	16,02	19,39	11,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,06
694	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	13,99	15,11	16,02	19,39	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	7,18
695	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,79	18,13	19,22	23,18	13,69	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,42
696	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,79	18,13	19,22	23,18	13,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	8,54
697	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	27,98	30,22	32,03	37,66	22,81	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	16,25

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
698	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2024-04-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	27,98	30,22	32,03	37,66	22,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	13,37
699	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,94	11,82	12,53	17,11	17,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
700	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2025-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,94	11,82	12,53	17,11	17,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
701	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,88	23,63	25,05	32,26	32,26	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
702	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2025-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	21,88	23,63	25,05	32,26	32,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
703	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,71	8,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,31
704	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2025-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,71	8,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,11
705	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	21,49	21,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
706	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2025-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	21,49	21,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
707	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	13,67	11,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,46
708	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2025-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	13,67	11,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,26
709	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,39	13,69	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,90
710	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2025-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,86	11,73	12,43	16,39	13,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,70
711	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056	<1>2023-11-01/<2>2025-07-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - karpiprazyna	180,50	194,94	206,64	225,37	225,37	<1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne; <2>Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
712	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	<1>2023-11-01/<2>2025-07-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - karpiprazyna	180,50	194,94	206,64	225,37	225,37	<1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne; <2>Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
713	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909991337230	<1>2023-11-01/<2>2025-07-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpyschotyczne - kariprazyna	180,50	194,94	206,64	225,37	225,37	<1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne; <2>Schizofrenia u pacjentów dorosłych po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpyschotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
714	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990570430	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,03	7,59	8,13	9,66	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,59
715	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,45	10,21	10,82	13,43	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,29
716	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990570454	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,72	6,18	6,72	7,71	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,18
717	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt.	05909990074099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	9,39	9,95	11,48	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,57
718	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,99	11,87	12,58	15,19	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,14
719	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6.25 mg	30 szt.	05909990074051	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,22	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,02
720	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990727148	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,45	8,05	8,59	10,12	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,05
721	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,90	10,69	11,33	13,94	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,80
722	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990727100	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,70	6,16	6,70	7,69	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,16

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
723	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909991017019	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,70	9,40	9,96	11,49	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,58
724	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	15,20	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,15
725	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909991016814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,68	7,21	7,75	8,47	1,10	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,93
726	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909991016913	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,19	6,69	7,23	8,22	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,02
727	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990983315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,12	6,61	7,15	8,14	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,61
728	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990216505	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,10	8,75	9,29	10,82	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,75
729	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	11,45	14,06	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,92
730	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909990216604	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,25	6,75	7,29	8,01	1,10	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,24
731	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990687909	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,68	9,37	9,94	11,47	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,40
732	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12.5 mg	60 szt.	05909990687930	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,36	18,75	19,87	22,48	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	16,34
733	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,98	11,86	12,57	15,18	8,77	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
734	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	21,96	23,72	25,14	29,67	17,54	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	17,39
735	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990687886	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,00	6,48	7,02	8,01	2,19	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,48
736	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt.	05909990687893	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,00	12,96	13,74	15,27	4,39	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	12,20
737	Cefaclorum	Ceclo, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,50	19,98	21,18	26,76	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,41
738	Cefaclorum	Ceclo, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,50	15,66	16,60	21,14	15,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,38
739	Cefaclorum	Ceclo, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	34,30	37,04	39,27	47,67	41,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,97
740	Cefaclorum	Ceclo, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	33,20	40,36	31,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,84
741	Cefaclorum	Ceclo, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	43,00	46,44	49,23	59,63	59,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,82
742	Cefaclorum	Ceclo, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	36,00	38,88	41,21	50,23	46,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,94
743	Cefaclorum	Ceclo MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,78	19,20	20,36	24,60	13,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,73
744	Cefaclorum	Ceclo MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,70	25,60	27,13	32,30	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,14

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
745	Cefaclorum	Ceclo MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,15	35,80	37,95	44,53	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,71
746	Cefaclorum	Ceclo MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,50	38,34	40,64	47,44	27,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,70
747	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	12,14	13,11	13,90	18,83	18,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,48
748	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	3,90	4,21	4,75	6,01	3,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,00
749	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	5,78	6,24	6,78	8,85	6,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,14
750	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2024-04-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	6,60	7,13	7,67	10,55	9,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,26
751	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,49	24,29	25,75	30,92	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,58
752	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,79	31,09	32,96	39,54	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,05
753	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,44	32,88	34,85	42,76	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,00
754	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703	2024-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,79	40,81	43,26	52,88	51,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,52
755	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,80	13,82	14,66	19,83	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,67

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
756	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	27,07	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,25
757	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,21	26,15	27,71	35,62	35,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,81
758	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2022-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,66	38,51	40,82	50,44	50,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,22
759	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,89	24,72	26,20	34,11	34,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,06
760	Cefuroxim	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,05	34,61	36,69	46,31	46,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,16
761	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	28,60	37,00	37,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,50
762	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,38	14,45	15,31	20,89	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,54
763	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,55	12,47	13,22	18,39	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,23
764	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	19,58	26,16	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,34
765	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,20	25,06	26,56	34,47	34,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,24
766	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	49,96	53,96	57,20	69,25	69,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
767	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	2025-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,98	26,98	28,60	37,00	37,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,50
768	Cefuroxim	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	25,70	33,61	33,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,81
769	Cefuroxim	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	40,76	50,38	50,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,19
770	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416	2025-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	46,00	49,68	52,66	64,06	64,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,03
771	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,30	18,68	19,81	26,39	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,57
772	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,90	29,05	30,79	38,70	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,38
773	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	2024-10-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,80	37,58	39,84	49,46	49,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,73
774	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990216383	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,00	14,04	14,88	20,05	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,89
775	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,20	19,66	20,83	27,41	25,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
776	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	37,67	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,35
777	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2025-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,29	51,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
778	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991526108	2024-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,70	39,64	42,01	52,22	52,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,11
779	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991471637	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,80	39,74	42,13	52,34	52,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,17
780	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991526115	2024-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,35	19,82	21,01	28,03	28,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,02
781	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991471620	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,40	19,87	21,06	28,08	28,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,04
782	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	11,43	12,11	15,16	9,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,58
783	Cefuroxim	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	26,80	28,94	30,68	39,08	39,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,54
784	Cefuroxim	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	13,40	14,47	15,34	20,92	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,57
785	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2023-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	20,62	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,46
786	Cefuroxim	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	28,83	31,14	33,00	41,40	41,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,70
787	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575	2023-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,96	24,80	26,29	34,20	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,10
788	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077	2025-04-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	34,81	34,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
789	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118	2025-07-01	3 lata	90.2, Antibiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,39	35,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,70
790	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093	2025-01-01	3 lata	90.2, Antibiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,00	25,92	27,48	35,39	35,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,70
791	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2023-09-01	3 lata	90.2, Antibiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,00	28,08	29,76	37,67	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,35
792	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991418212	2023-09-01	3 lata	90.2, Antibiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,90	34,45	36,51	46,13	46,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,07
793	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991425203	2023-09-01	3 lata	90.2, Antibiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	34,72	36,81	46,43	46,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,22
794	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2023-09-01	3 lata	90.2, Antibiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,40	39,31	41,67	51,29	51,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,65
795	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932	2025-04-01	3 lata	90.2, Antibiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,88	13,91	14,74	19,91	18,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,75
796	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949	2025-04-01	3 lata	90.2, Antibiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,28	27,30	28,94	36,85	36,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,53
797	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2023-01-01	3 lata	90.2, Antibiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,25	36,99	39,21	48,83	48,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,42
798	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991458997	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
799	Cenobamate	Ontozry, tabl; tabl. powł., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powł. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
800	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909991459062	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
801	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909991459093	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
802	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991458966	2025-04-01	2 lata	260.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - cenobamat	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Leczenie wspomagające napadów ogniskowych ulegających albo nieulegających wtórnemu uogólnieniu u dorosłych pacjentów z padaczką z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej jednej próby terapii dodanej		ryczałt	3,20
803	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,00	6,48	7,02	9,86	9,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckiego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,20
804	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,28	10,02	10,63	14,64	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckiego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,66
805	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	11,45	15,46	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckiego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,40
806	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,45	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckiego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,39

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
807	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,29	6,79	7,33	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	2,88
808	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,10	11,99	12,71	18,27	18,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,93
809	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,95	19,39	20,55	27,07	27,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,34
810	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,57	7,10	7,64	10,48	9,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,18
811	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	7,68	8,29	8,83	11,44	8,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,53
812	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	10,79	11,44	15,45	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,99
813	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,90	11,77	12,47	18,03	18,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,41
814	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,40	12,31	13,05	18,61	18,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,58
815	Cetrorelixum	Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	05909990488926	2024-07-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórze – antygonadotropiny uwalniające hormony	79,40	85,75	90,89	104,52	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	55,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
816	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2022-11-01	3 lata	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	68,00	73,44	77,85	91,09	91,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
817	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>9 miesięcy - dla kolumny 15	192.0, Leki przeciwmalaryczne - chlorochina	13,15	14,20	15,06	20,28	20,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfiria skórna późna	30%	6,08
818	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,96	6,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	6,89
819	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,80	7,34	7,88	9,96	6,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,57
820	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,91	20,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
821	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	2022-09-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,60	14,69	15,57	20,91	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,27
822	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	7,99	8,53	10,61	6,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	7,54
823	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	7,99	8,53	10,61	6,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,22
824	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,70	15,88	16,83	22,17	20,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	4,46

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
825	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2025-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpyschotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,70	15,88	16,83	22,17	20,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,53
826	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	18.2, Witamina D i jej metabolity - colekalciferol i kalcyfediol	6,00	6,48	7,02	9,93	9,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka	ryczałt	2,88
827	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	2023-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	114,00	123,12	130,51	144,85	107,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	50,55
828	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	2023-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	72,75	78,57	83,29	93,63	53,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	46,48
829	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	85,50	92,34	97,88	112,22	107,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,92
830	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	171,00	184,68	195,76	214,19	214,19	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,60
831	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,54	271,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonych krwinek; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
832	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,67	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonych krwinek; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
833	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	136,03	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
834	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	220,00	237,60	251,86	271,54	271,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
835	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,49	268,37	284,47	305,60	305,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
836	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	248,50	268,38	284,48	305,61	305,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>apłazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza apłazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
837	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	256,50	277,02	293,64	314,77	314,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
838	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,95	53,95	57,19	68,67	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,85
839	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,30	113,72	120,55	136,03	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
840	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	2025-01-01	2 lata	257.0, Cyklosporyna	322,00	347,76	368,63	391,82	391,82	Ciężkie zapalenie rogówki u dorosłych pacjentów z zespołem suchego oka, u których nie nastąpiła poprawa pomimo stosowania preparatów sztucznych łez		30%	117,55
841	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,26	46,72	49,53	57,32	32,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	27,87

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
842	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	226,86	245,01	259,71	279,39	272,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	10,53
843	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	284,54	307,30	325,74	346,87	314,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	35,30
844	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,66	61,19	64,86	76,34	68,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	11,52
845	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,13	122,18	129,51	144,99	136,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość opoma na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,16
846	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	11,92	2,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,73
847	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	16,59	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,46

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
848	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,39	22,02	23,34	26,75	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,13
849	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,70	5,08	5,62	7,55	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,58
850	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,25	7,83	8,37	11,79	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,90
851	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,99	5,39	5,93	7,86	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,40
852	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964	2024-04-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,35	7,94	8,48	11,90	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,36
853	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,50	8,10	8,64	12,06	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,11
854	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613	2025-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,15	7,72	8,26	11,68	11,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,84
855	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,55	14,63	15,51	19,82	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,37
856	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	27,38	27,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,69
857	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546	2024-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	50,10	50,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,05
858	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990081165	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	14,58	15,45	19,76	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,31
859	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,25	18,63	19,75	26,64	26,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,32

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
860	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,80	26,78	28,39	36,75	36,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,38
861	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,80	20,30	21,52	28,63	28,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,32
862	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,28	12,18	12,92	18,03	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,17
863	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,00	41,04	43,50	53,82	53,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,91
864	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	22,80	24,62	26,10	33,94	33,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,97
865	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,20	28,30	29,99	37,10	29,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,34
866	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,98	19,42	20,58	25,69	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,83
867	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,95	11,83	12,54	15,85	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,53
868	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,33	16,56	17,55	21,86	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,41
869	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	42,58	45,99	48,74	59,06	59,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	29,53
870	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624	2025-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	32,96	35,60	37,74	45,58	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,86

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
871	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,66	33,11	35,10	41,99	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,10
872	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117	2024-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,00	21,60	22,90	29,79	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,41
873	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,95	25,87	27,42	34,31	29,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,48
874	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,58	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,20
875	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,12	22,81	24,18	31,24	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,67
876	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	30,30	32,12	40,39	40,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,20
877	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,80	57,02	60,45	71,92	71,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	35,96
878	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2024-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,05	22,73	24,09	31,15	31,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,58
879	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,04	7,60	8,14	11,40	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,21
880	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,08	15,21	16,11	21,58	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,20
881	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	2025-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,35	6,86	7,40	9,26	5,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,67

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
882	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	2025-07-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,00	12,96	13,74	19,21	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,61
883	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	2025-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	23,00	24,84	26,33	33,73	33,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
884	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	13,59	18,30	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,95
885	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0.5 mg/ml	50 ml	05909990369928	2025-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	15,32	16,55	17,54	22,25	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,90
886	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,40	6,91	7,45	9,17	4,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,90
887	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,10	10,91	11,57	15,21	12,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,80
888	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	2025-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	15,90	17,17	18,20	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
889	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0.5 mg	30 szt.	05909990135615	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	13,80	14,90	15,80	19,02	9,95	Padaczka		ryczałt	10,43
890	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	2024-04-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	27,60	29,81	31,60	39,79	39,79	Padaczka		ryczałt	2,72
891	Clonidini hydrochloridum	Iporel, tabl., 0,075 mg	50 szt.	05909990282814	2025-04-01	2 lata	35.0, Leki antyadrenergiczne działające ośrodkowo - klonidyna	17,70	19,12	20,26	26,75	26,75	Nadciśnienie tętnicze		30%	7,23
892	Clopidamidum	Clopidamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,46	3,74	4,28	9,51	9,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,85
893	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991448318	2024-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	13,50	14,58	15,45	22,01	22,01	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,60

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
894	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2025-07-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopotogrel	13,90	15,01	15,91	22,47	22,47	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,74
895	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2023-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopotogrel	14,00	15,12	16,03	22,59	22,59	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,78
896	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990754748	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopotogrel	16,99	18,35	19,45	26,01	26,01	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,80
897	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011	2024-04-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopotogrel	24,88	26,87	28,48	35,04	27,29	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	14,35

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
898	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990625826	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwpłytkowe - klopido g rel	17,45	18,85	19,98	26,54	26,54	Miażdżyc ą objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,96
899	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991492205	2023-11-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwpłytkowe - klopido g rel	12,98	14,02	14,86	21,42	21,42	Miażdżyc ą objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom		30%	6,43
900	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990768141	2024-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwpłytkowe - klopido g rel	13,45	14,53	15,40	21,96	21,96	Miażdżyc ą objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,59
901	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991029388	2024-07-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwpłytkowe - klopido g rel	14,90	16,09	17,05	23,61	23,61	Miażdżyc ą objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
902	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990727667	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopotogrel	14,45	15,61	16,55	23,11	23,11	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,93
903	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990793730	2025-04-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopotogrel	14,45	15,61	16,55	23,11	23,11	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,93
904	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990762729	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopotogrel	18,10	19,55	20,73	27,29	27,29	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,19
905	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05901878600475	2024-07-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopotogrel	13,00	14,04	14,88	21,44	21,44	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,43

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
906	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2023-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopotogrel	13,10	14,15	15,00	21,56	21,56	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,47
907	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2025-01-01	3 lata	23.1. Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopotogrel	14,56	15,72	16,66	23,22	23,22	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,97
908	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715	2024-04-01	3 lata	89.6, Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina	28,00	30,24	32,05	40,31	40,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,14
909	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736	2025-04-01	3 lata	178.1, Lek przeciwpyschotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,00	37,80	40,07	48,03	42,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,45
910	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	2024-04-01	3 lata	178.1, Lek przeciwpyschotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,92	19,35	20,52	25,73	21,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,44
911	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	2024-04-01	3 lata	178.1, Lek przeciwpyschotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,48	4,84	5,38	7,14	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,82
912	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	2025-01-01	3 lata	178.1, Lek przeciwpyschotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	24,84	26,33	31,54	21,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,25

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
913	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	2025-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpyszotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,75	6,21	6,75	8,51	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,19
914	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443	2022-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpyszotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,48	18,88	20,01	25,22	21,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,93
915	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382	2022-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpyszotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,37	4,72	5,26	7,02	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,70
916	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Mukowiscydoza	<1>pierwotna dyskineza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające w skojarzeniu z antybiotykoaterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	2,72
917	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g	20 g	05909990015412	2025-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	39,95	43,15	45,74	55,76	55,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,88
918	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077	2024-07-01	2 lata	241.0, Leki stosowane w dziedzicznym obrzku naczyńoruchowym - konestat alfa	3417,00	3690,36	3852,36	3947,26	3947,26	Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzku naczyńoruchowego u dzieci (od 2 roku życia), młodzieży oraz dorosłych chorych na dziedziczny obrzek naczyńoruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
919	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	1311,72	1360,46	1360,46	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
920	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	1311,72	1360,46	1360,46	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
921	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	2024-04-01	3 lata	26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina	8,10	8,75	9,29	12,99	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,51

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
922	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1><2>2025-07-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>2 lata 9 miesięcy/<3>3 lata - dla kolumny 15	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	76,70	89,82	89,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne; amyloidoza; <2>zespół hemofagocytowy; zespół POEMS; małopłytkowość oporna na leczenie kortykosteroidami; anemia hemolityczna oporna na leczenie kortykosteroidami; <3>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc	ryczałt	3,20
923	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2025-04-01	3 lata	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	67,00	72,36	76,70	89,82	89,82	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
924	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	27,43	29,62	31,41	39,53	36,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	14,02
925	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	68,00	73,44	77,85	91,09	91,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	27,33
926	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powł., 2+0,035 mg	21 szt.	05909991039486	2024-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,30	7,88	8,42	10,87	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,52
927	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powł., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990222216	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,50	8,10	8,64	11,09	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,74
928	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powł., 2+0,035 mg	63 szt.	05909990222230	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	22,50	24,30	25,76	31,50	22,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,46
929	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Eflueda Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,7 ml z igłą	05909991435875	2024-10-01	2 lata	247.2, Szczepionki przeciw grypie - wysokodawkowe	128,11	138,36	146,66	163,44	163,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	81,72
930	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	Vaxigrip Tetra, 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	43,50	53,26	52,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		50%	26,86

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
936	Dabigatranum etexilat	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	<1><2>2024-04-01/<3>2025-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	39,00	42,12	44,65	52,69	36,55	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <3> Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanych z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	27,11
937	Dabigatranum etexilat	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	03838989761806	2024-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	45,20	48,82	51,74	58,32	24,92	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	40,88
938	Dabigatranum etexilat	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	03838989761851	<1>2024-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,50	53,46	56,67	66,29	49,84	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanych z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niewydolność serca (klasa ≥II wg NYHA)		30%	31,40
939	Dabigatranum etexilat	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,14	35,79	37,94	43,21	18,27	Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	28,14
940	Dabigatranum etexilat	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	33,14	35,79	37,94	43,21	18,27	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	30,42

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

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

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
956	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990975884	2024-01-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	125,40	135,43	143,55	160,18	160,18	<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 LVEF≤50% oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: -pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF ≤40%) lub -pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF 41-50%); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z eGFR <60 ml/min/1.73m2, albuminurią lub białkomoczem oraz leczonych terapią opartą na ACE-i/ARB nie krócej niż 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniami do tych terapii.		30%	48,05
957	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	1104,00	1192,32	1263,86	1306,68	1306,68	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	9,48
958	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	368,00	397,44	421,29	445,78	440,42	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	8,56

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
959	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	2023-05-01	3 lata	231.0, Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	525,14	567,15	601,18	630,76	630,76	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%	189,23
960	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,58	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,12
961	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,34	31,69	33,59	41,65	40,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,29
962	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364	2025-07-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,62	9,31	9,87	13,78	13,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,33
963	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2025-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,93	9,64	10,23	14,24	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,78
964	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2023-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,45	27,49	29,14	37,20	37,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,16
965	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	2024-07-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,20	13,18	13,96	18,50	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,01
966	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,58	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,51

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
967	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991359454	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,00	7,56	8,10	12,11	12,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,63
968	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	08901175035427	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,38	15,53	16,46	22,98	22,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,89
969	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991359478	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,55	23,27	24,67	32,73	32,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,82
970	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921	2025-01-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	10,78	11,64	12,34	16,88	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,06
971	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	2025-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	9,73	13,74	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,28
972	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	18,89	25,41	25,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,62
973	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	2024-04-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	20,57	16,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,75
974	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359	2024-04-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,53	7,05	7,59	9,83	6,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,11
975	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	2024-04-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,05	14,09	14,94	18,95	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,49
976	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991499785	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	19,46	25,98	25,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,79
977	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991480172	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,15	18,52	19,63	26,15	26,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
978	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533	2024-07-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,90	19,33	20,49	27,01	27,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,10
979	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991499792	2023-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	37,25	37,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,18
980	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991480189	2022-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,70	27,76	29,42	37,48	37,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,24
981	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540	2023-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,75	27,81	29,48	37,54	37,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,26
982	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358	2025-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	104,00	112,32	119,06	134,46	134,46	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
983	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	104,00	112,32	119,06	134,46	134,46	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością 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%	40,34
984	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341	2025-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	52,00	56,16	59,53	70,93	67,23	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	6,90
985	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	52,00	56,16	59,53	70,93	67,23	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością 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%	23,87
986	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	167,14	182,54	134,46	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	51,28
987	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	146,00	157,68	167,14	182,54	134,46	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością 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%	88,42

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
988	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	348,84	368,44	268,92	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	105,92
989	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	304,72	329,10	348,84	368,44	268,92	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywuującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywuującego	30%	180,20
990	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2024-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	83,57	94,97	67,23	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	30,94
991	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	73,00	78,84	83,57	94,97	67,23	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywuującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywuującego	30%	47,91
992	Dexamethasonum	Demezón, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	21,50	23,22	24,61	32,08	32,08	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
993	Dexamethasonum	Demezón, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	43,00	46,44	49,23	60,04	60,04	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
994	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	231,80	250,34	265,37	285,78	285,78	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
995	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	92,90	100,33	106,35	121,16	121,16	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
996	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	233,92	252,63	267,80	288,21	288,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44
997	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,78	50,52	53,56	64,37	64,37	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
998	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	464,20	501,34	531,41	559,19	559,19	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
999	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	93,57	101,06	107,11	121,92	121,92	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
1000	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	11,50	12,42	13,17	17,97	16,09	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	5,08
1001	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,00	49,68	52,66	63,47	63,47	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
1002	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	15,60	16,85	17,86	22,66	16,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,79
1003	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	233,94	252,66	267,82	288,23	288,23	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	25,60
1004	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,79	50,53	53,57	64,38	64,37	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	5,13
1005	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	7,80	8,42	8,96	11,75	8,05	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	6,21
1006	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	93,58	101,07	107,13	121,94	121,94	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	10,24
1007	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	19,37	20,92	22,17	26,94	17,02	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,81
1008	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki)	23,23	25,09	26,59	34,03	34,03	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	2,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1009	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909990145317	2025-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	6,95	7,51	8,05	11,31	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,76
1010	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	2025-01-01	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	17,97	23,91	23,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,96
1011	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	24,04	32,88	32,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,44
1012	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml	05909990074044	2025-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	14,00	15,12	16,03	21,49	21,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1013	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	15,73	11,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,75
1014	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	11,33	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,42
1015	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	2025-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,30	5,72	6,26	8,90	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,45
1016	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	11,43	12,11	15,70	11,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,72
1017	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	2025-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	8,60	9,29	9,85	12,49	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1018	Dienogest	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2023-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,70	32,08	34,00	42,21	36,45	Endometrioza		ryczałt	8,96
1019	Dienogestum	Aniđa, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991430702	2024-07-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	26,50	28,62	30,34	38,55	36,45	Endometrioza		ryczałt	5,30
1020	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991473341	2023-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,75	27,81	29,48	37,69	36,45	Endometrioza		ryczałt	4,44
1021	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991487270	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,80	27,86	29,54	37,75	36,45	Endometrioza		ryczałt	4,50
1022	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,70	29,92	31,71	39,92	36,45	Endometrioza		ryczałt	6,67
1023	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	83,10	89,75	95,14	109,35	109,35	Endometrioza		ryczałt	8,96
1024	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	29,69	32,07	33,99	42,20	36,45	Endometrioza		ryczałt	8,95
1025	Dienogestum	Symdieno, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991392871	2023-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,50	29,70	31,48	39,69	36,45	Endometrioza		ryczałt	6,44
1026	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962	2022-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	47,40	51,19	54,26	62,47	36,45	Endometrioza		ryczałt	29,22
1027	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2023-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	25,90	27,97	29,65	37,86	36,45	Endometrioza		ryczałt	4,61
1028	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	35,72	44,53	44,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,36
1029	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	31,20	33,70	35,72	44,53	44,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1030	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	54,58	65,39	65,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,62
1031	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2025-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	47,68	51,49	54,58	65,39	65,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1032	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fioł. z prosz.po 30 mg + 10 ml	05909990661671	2025-07-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,00	183,60	194,62	213,02	208,67	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,55
1033	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fioł. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688	2025-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	170,10	183,71	194,73	213,13	208,67	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,66
1034	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fioł. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695	2025-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	255,00	275,40	291,92	313,00	313,00	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1035	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	31,35	33,86	35,89	43,80	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	15,69
1036	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	53,75	58,05	61,54	72,94	72,94	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	19,69
1037	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	80,62	87,07	92,30	106,21	106,21	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	28,67
1038	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	17,86	19,29	20,44	25,61	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,18
1039	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	25,90	27,97	29,65	37,56	37,56	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,27
1040	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,00	29,16	30,91	38,82	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,45
1041	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,50	14,58	15,45	20,62	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,43
1042	Donepezili hydrochloridum	Donecil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,30	30,56	32,40	40,63	40,36	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,38
1043	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,00	28,08	29,76	37,67	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,17

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1044	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,93	16,12	17,10	22,27	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,17
1045	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	21,75	23,49	24,90	32,81	32,81	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,84
1046	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	12,90	13,93	14,76	19,93	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,74
1047	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,50	28,62	30,34	38,25	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,88
1048	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,75	14,85	15,75	20,92	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,73
1049	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	22,90	24,73	26,21	34,12	34,12	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,24
1050	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	11,70	12,64	13,39	18,56	18,56	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,57
1051	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,00	29,16	30,91	38,82	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,45
1052	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	19,01	20,53	21,76	26,93	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,74

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1053	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,10	29,27	31,03	38,94	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,57
1054	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,47	18,87	20,00	25,17	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,98
1055	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	27,10	29,27	31,03	38,94	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,57
1056	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,47	18,87	20,00	25,17	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,98
1057	Domasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp. po 2,5 ml	05909990375813	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	205.2, Leki mukolityczne - domaza alfa	2050,00	2214,00	2346,84	2411,63	2411,63	Mukowiscydoza	pierwotna dyskineza rzęsek	ryczałt	3,20
1058	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,23	14,29	15,14	19,94	15,97	Jaskra		ryczałt	7,17
1059	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313	2024-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	45,48	54,95	47,91	Jaskra		ryczałt	12,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1060	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	2022-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,90	17,17	18,20	23,00	15,97	Jaskra		ryczałt	10,23
1061	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05900257101015	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,73	42,91	45,48	54,95	47,91	Jaskra		ryczałt	12,37
1062	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,75	18,09	19,18	23,98	15,97	Jaskra		ryczałt	11,21
1063	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	40,50	43,74	46,36	55,83	47,91	Jaskra		ryczałt	13,25
1064	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,56	15,72	16,66	21,46	15,97	Jaskra		ryczałt	8,69

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1065	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	13,08	14,13	14,97	19,77	15,97	Jaskra		ryczałt	7,00
1066	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	39,25	42,39	44,94	54,41	47,91	Jaskra		ryczałt	11,83
1067	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,70	24,52	25,98	32,45	23,95	Jaskra		ryczałt	11,70
1068	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,58	18,99	20,12	26,59	23,95	Jaskra		ryczałt	5,84
1069	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	2024-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,74	56,96	60,37	71,86	71,86	Jaskra		ryczałt	8,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1070	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,00	22,68	24,04	30,51	23,95	Jaskra		ryczałt	9,76
1071	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,92	57,15	60,59	72,08	71,86	Jaskra		ryczałt	8,22
1072	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	2025-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,40	23,11	24,49	30,96	23,95	Jaskra		ryczałt	10,21
1073	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955	2025-04-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	52,80	57,02	60,45	71,94	71,86	Jaskra		ryczałt	8,08
1074	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,49	18,89	20,02	26,49	23,95	Jaskra		ryczałt	5,74

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1075	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056	2025-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrennergiczne do stosowania do oczu	52,47	56,67	60,07	71,56	71,56	Jaskra		ryczałt	8,00
1076	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrennergiczne	4,57	4,94	5,48	8,43	8,43	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1077	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrennergiczne	4,57	4,94	5,48	8,43	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,53
1078	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrennergiczne	9,15	9,88	10,48	15,50	15,50	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1079	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrennergiczne	9,15	9,88	10,48	15,50	15,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,65
1080	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrennergiczne	5,20	5,62	6,16	9,11	9,11	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1081	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrennergiczne	5,20	5,62	6,16	9,11	9,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,73
1082	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrennergiczne	10,40	11,23	11,90	16,92	16,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1083	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,40	11,23	11,90	16,92	16,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	5,08
1084	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	35,72	45,46	45,46	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1085	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,20	33,70	35,72	45,46	45,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,64
1086	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,72	10,50	11,12	12,82	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,19
1087	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,72	10,50	11,12	12,82	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,44
1088	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,96	14,00	14,84	17,79	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,33
1089	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,96	14,00	14,84	17,79	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,03
1090	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,14	20,67	21,91	26,93	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,82
1091	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,14	20,67	21,91	26,93	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1092	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	38,23	45,97	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,75
1093	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,40	36,07	38,23	45,97	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	18,94
1094	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,80	19,22	20,38	25,40	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,29
1095	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,80	19,22	20,38	25,40	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,88
1096	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,00	41,04	43,50	51,24	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,02
1097	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,00	41,04	43,50	51,24	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	24,21
1098	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	11,17	12,87	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,24
1099	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,75	10,53	11,17	12,87	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,49
1100	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	14,88	17,83	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1101	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,00	14,04	14,88	17,83	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,07
1102	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,91	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
1103	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,91	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,39
1104	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	11,44	13,14	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,36
1105	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,99	10,79	11,44	13,14	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	8,78
1106	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	16,05	19,00	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,29
1107	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,02	15,14	16,05	19,00	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
1108	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	60,67	71,84	71,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,52
1109	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,00	57,24	60,67	71,84	71,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,39

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1110	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,77
1111	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,10
1112	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,52
1113	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,25	17,55	18,61	23,63	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,11
1114	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	60,78	70,52	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,19
1115	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,09	57,34	60,78	70,52	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	29,97
1116	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,80	13,82	14,66	17,61	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,15
1117	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,80	13,82	14,66	17,61	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,85
1118	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	21,98	27,00	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1119	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,20	20,74	21,98	27,00	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,48
1120	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,60	17,93	19,01	24,03	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,92
1121	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,60	17,93	19,01	24,03	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,51
1122	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,80	53,78	57,01	66,75	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,42
1123	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,80	53,78	57,01	66,75	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,20
1124	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,60	13,61	14,43	17,38	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,92
1125	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,60	13,61	14,43	17,38	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,62
1126	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,96	18,32	19,42	24,44	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,33
1127	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,96	18,32	19,42	24,44	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1128	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,06	18,42	19,53	24,55	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,44
1129	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,06	18,42	19,53	24,55	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,03
1130	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,92	36,63	38,84	46,58	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,36
1131	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	33,92	36,63	38,84	46,58	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,55
1132	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,70	10,48	11,10	12,80	4,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,17
1133	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,70	10,48	11,10	12,80	4,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,42
1134	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	17,26	9,66	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,80
1135	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,50	13,50	14,31	17,26	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,50
1136	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,06	17,34	18,38	23,40	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,29

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1137	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,06	17,34	18,38	23,40	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,88
1138	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	50,00	54,00	57,24	66,98	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,65
1139	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	50,00	54,00	57,24	66,98	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,43
1140	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497	2025-04-01	3 lata	87.0, Antibiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	5,70	6,16	6,70	9,87	9,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,94
1141	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	2024-07-01	3 lata	87.0, Antibiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	6,70	7,24	7,78	10,95	10,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93
1142	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	2024-04-01	3 lata	87.0, Antibiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	8,91	9,62	10,20	13,37	10,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,11
1143	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0.75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,14	197,14	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%	59,14

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1144	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1.5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,14	197,14	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,14
1145	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,14	197,14	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,14
1146	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4.5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	2025-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	156,50	169,02	179,16	197,14	197,14	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	59,14
1147	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,38	10,13	10,74	15,18	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1148	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,76	20,26	21,48	28,51	28,51	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,55
1149	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,71	15,89	16,84	21,28	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,77
1150	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,75	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,92
1151	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,45	31,81	33,72	40,75	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,92
1152	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	58,94	63,66	67,48	77,71	59,53	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	32,44
1153	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,85	10,64	11,28	15,72	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,30
1154	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,70	21,28	22,55	29,58	29,58	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,87
1155	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,05	10,85	11,50	16,15	15,95	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,99
1156	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,10	21,71	23,01	30,30	30,30	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,09
1157	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,00	9,72	10,30	14,74	14,74	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,42
1158	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,00	19,44	20,61	27,64	27,64	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,29

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1159	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	16,01	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	5,59
1160	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	30,15	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	9,31
1161	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	10,88	15,32	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,90
1162	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,00	20,52	21,75	28,78	28,78	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,63
1163	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,00	20,52	21,75	28,78	28,78	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,63
1164	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,00	41,04	43,50	53,73	53,73	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	16,12
1165	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,50	11,34	12,02	16,46	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	6,04
1166	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	31,07	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,23
1167	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	30,00	32,40	34,34	43,55	43,55	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	13,07
1168	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,66	20,15	21,36	28,39	28,39	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,52
1169	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	31,07	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1170	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,33	40,32	42,74	52,97	52,97	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,89
1171	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,00	45,36	48,08	58,31	58,31	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,49
1172	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	60,00	64,80	68,69	81,82	81,82	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	24,55
1173	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,50	34,02	36,06	44,88	44,65	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	13,63
1174	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	89,90	97,09	102,91	118,12	118,12	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	35,44
1175	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,29	40,27	42,69	52,92	52,92	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	15,88
1176	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,35	10,10	10,70	15,14	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	4,72
1177	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,70	20,20	21,41	28,44	28,44	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	8,53
1178	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	27,97	30,21	32,02	40,84	40,84	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	12,25
1179	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,55	11,39	12,07	16,51	14,88	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	6,09
1180	Duloxetine	Duloxetine, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,05	22,73	24,09	31,12	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,28

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1181	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,10	22,79	24,16	31,19	29,77	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	10,35
1182	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,10	45,47	48,20	58,43	58,43	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)	Zaburzenia lękowe i adaptacyjne (F41; F42; F43 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	30%	17,53
1183	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	23,45	30,30	26,75	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,58
1184	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	16,70	18,04	19,12	25,97	25,97	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,79
1185	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495	2023-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	15,09	16,30	17,28	24,13	24,13	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	7,24
1186	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	51,83	64,08	64,08	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	19,22
1187	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	2025-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	21,00	22,68	24,04	31,10	28,26	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	11,32
1188	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	2025-07-01	2 lata	76.1, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokery receptora alfa-adrenergicznego w skojarzeniu z inhibitorami 5-alfa reduktazy	63,00	68,04	72,12	84,78	84,78	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	25,43

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1189	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991138509	2025-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	117,00	126,36	133,94	150,09	150,09	<1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF $\leq 40\%$) lub – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF $> 40\%$); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z: – eGFR w zakresie od ≥ 20 ml/min/1,73 m2 do < 45 ml/min/1,73 m2, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii, lub – eGFR w zakresie od ≥ 45 ml/min/1,73 m2 do < 90 ml/min/1,73 m2 oraz albuminurią lub białkomoczem, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii.		30%	45,03

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1190	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991138523	2025-07-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	250,71	270,77	287,01	307,95	307,95	<1>Cukrzyca typu 2, u pacjentów stosujących co najmniej jeden lek hipoglikemizujący, z HbA1c $\geq 7\%$ oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1. potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2. uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3. obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn i ≥ 60 lat dla kobiet, dyslipidemia, nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, otyłość; <2>Przewlekła niewydolność serca u dorosłych pacjentów w pełnym zakresie LVEF oraz utrzymującymi się objawami choroby w klasie II-IV NYHA: – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane antagonistach receptora mineralokortykoidów (z frakcją wyrzutową z LVEF $\leq 40\%$) lub – pomimo zastosowania terapii opartej na ACEi (lub ARB/ARNi) i lekach z grupy betaadrenolityków oraz jeśli wskazane diuretykach (z frakcją wyrzutową z LVEF $> 40\%$); <3>Przewlekła choroba nerek u dorosłych pacjentów z: – eGFR w zakresie od ≥ 20 ml/min/1,73 m2 do < 45 ml/min/1,73 m2, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii, lub – eGFR w zakresie od ≥ 45 ml/min/1,73 m2 do < 90 ml/min/1,73 m2 oraz albuminurią lub białkomoczem, stosujących leczenie oparte na ACEi/ARB co najmniej 4 tygodnie lub z przeciwwskazaniem do stosowania takiej terapii.		30%	92,39
1191	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,34	4,69	5,23	7,16	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,97
1192	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,53	9,21	9,76	13,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,91

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

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

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

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

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1201	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	171,66	185,39	196,52	212,93	173,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	43,32

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1203	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	333,28	359,94	381,54	401,77	326,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	83,74

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

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

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

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1208	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	121,60	131,33	139,21	155,62	155,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłuższą niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1209	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	161,99	174,95	185,45	203,29	203,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,33

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1210	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	30,40	32,83	34,80	43,47	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1211	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	66,52	71,84	76,15	88,56	86,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1212	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	98,04	105,88	112,23	126,90	126,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczepieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1213	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	130,23	140,65	149,08	165,49	165,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1215	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	236,25	255,15	270,46	290,69	290,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzkrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzkrzepowe; 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,00
1216	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	2025-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	53,25	57,51	60,97	71,52	63,13	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	8,39
1217	Epinephrinum	EpiPen Jr., roztwór do wstrzykiwań, 0,15 mg/dawkę	1 wstrzykiwacz	05909990613366	2025-07-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	207,60	224,21	237,66	257,25	257,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	128,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1218	Epinephrinum	EpiPen Senior, roztwór do wstrzykiwań, 0,3 mg/dawkę	1 wstrzywiwacz	05909990613373	2025-07-01	2 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	207,60	224,21	237,66	257,25	257,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	128,63
1219	Eplerenonum	Eleveon, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991017606	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1220	Eplerenonum	Eleveon, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991017675	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	30,52	32,96	34,94	44,40	44,40	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,32
1221	Eplerenonum	Eplenocard, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991183646	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1222	Eplerenonum	Eplenocard, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991183721	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	14,86
1223	Eplerenonum	Eplerenon Medical Valley, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991442316	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	17,50	18,90	20,03	26,49	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,15
1224	Eplerenonum	Eplerenon Medical Valley, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991442392	2025-04-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	30,00	32,40	34,34	43,80	43,80	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,14
1225	Eplerenonum	Eplerenon Medreg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991465308	2025-07-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	29,20	31,54	33,43	42,89	42,89	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	12,87
1226	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990971473	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	28,00	30,24	32,05	38,51	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	19,05
1227	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990971558	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,37
1228	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991014728	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	28,00	30,24	32,05	38,51	24,77	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	19,05
1229	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991014759	2025-01-01	2 lata	38.2, Antagoniści aldosteronu - eplerenon	35,00	37,80	40,07	49,53	49,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,37
1230	Ergotamini tartas	Ergotaminum Filofam, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	2025-01-01	3 lata	154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,54	3,82	4,36	6,34	6,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,85
1231	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,65	6,10	6,64	9,35	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,20
1232	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1233	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	2023-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,63	17,96	19,04	25,34	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,89
1234	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1235	Esomeprazolom	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,60	24,41	25,88	33,21	33,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,61

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1236	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	38,12	47,39	47,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,70
1237	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,74	6,20	6,74	9,45	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,30
1238	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	12,71	17,39	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,09
1239	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,48	12,40	13,14	17,82	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,52
1240	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	25,41	32,74	32,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,37
1241	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	6,12	6,66	9,37	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,22
1242	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	2024-10-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,30	12,20	12,94	17,62	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,32
1243	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,97	18,33	19,43	25,73	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,28
1244	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778	2025-07-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,36	12,27	13,00	17,68	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,38
1245	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	2024-10-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,60	24,41	25,88	33,21	33,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,61
1246	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	2025-04-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,94	36,66	38,86	48,13	48,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,07
1247	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	2025-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	6,53	9,24	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,09
1248	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	2025-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	17,39	16,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,09
1249	Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetat	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt.	05909990661411	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	8,96	9,68	10,26	14,66	14,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,40
1250	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powł., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	4,80	5,18	5,72	10,12	10,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1251	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 saszh.	05909990447619	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	24,70	26,68	28,27	31,81	11,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,59
1252	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,00	33,48	35,49	41,35	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	24,91
1253	Estradiolum	Estrofem, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990330713	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,30	11,12	11,79	16,19	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,86
1254	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990823215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,70	10,48	11,10	13,61	8,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,94
1255	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,00	35,64	37,78	45,76	40,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	17,57
1256	Estradiolum	System 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	15,40	16,63	17,63	23,49	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,05
1257	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powł., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	34,20	36,94	39,15	43,55	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	32,22
1258	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powł., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	2024-07-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,39	20,94	22,19	26,59	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,26
1259	Estradiolum + Norethisteroni acetat	Kliogest, tabl. powł., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,95	20,47	21,70	26,10	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,77
1260	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	2023-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	28,98	31,30	33,18	39,04	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,60
1261	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry System 50 + 4 plastry System Conti)	05909990444816	2023-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,24	22,94	24,31	30,17	23,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1262	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powł., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,60	21,17	22,44	26,84	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,51
1263	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	2023-03-01	3 lata	240.0, Leki przeciwpłatkowe - inne - etambutol	85,00	91,80	97,31	111,63	111,63	Gruźlica, w tym również gruźlica lekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1264	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powł., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990879458	2024-10-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,15	5,56	6,10	8,55	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,20
1265	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powł., 30+150 µg	63 szt.	05909990879465	2025-04-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	14,50	15,66	16,60	22,34	22,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,70
1266	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powł., 30+150 µg	21 szt.	05909990060016	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,00	5,40	5,94	8,39	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
1267	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powł., 30+150 µg	63 szt.	05909990060023	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,00	16,20	17,17	22,91	22,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,87
1268	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powł., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990873319	2025-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,20	5,62	6,16	8,61	7,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,26
1269	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	2025-01-01	3 lata	157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid	45,50	49,14	52,09	62,75	62,75	Padaczka		ryczałt	3,20
1270	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	359,65	388,42	411,73	436,08	425,18	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	14,10
1271	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt.	05909990211357	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	735,98	794,86	842,55	876,84	850,37	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	29,67

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1272	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0.75 mg	60 szt.	05909990211845	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - ewerolimus	1077,08	1163,25	1233,04	1275,55	1275,55	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1273	Exemestanum	Glandex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990812202	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,52	56,82	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
1274	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	58,00	62,64	66,40	76,52	56,82	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
1275	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	8,35	9,02	9,56	13,37	13,37	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	4,01
1276	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	26,84	28,99	30,73	38,82	38,82	Leczenie uzupełniające w trakcie leczenia statyną lub włączone jednocześnie ze statyną albo leczenie w przypadku stwierdzenia nietolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce przez okres leczenia nie krótszy niż 3 miesiące, w celu zapobiegania zdarzeniom sercowo-naczyniowym u pacjentów, u których ryzyko pierwszego lub kolejnego zdarzenia sercowo-naczyniowego oceniane jest jako co najmniej duże, wraz z działaniami mającymi na celu redukcję innych czynników ryzyka.		30%	11,65

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

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

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

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

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

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1299	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,65
1300	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	38,89	42,00	44,52	51,43	31,57	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,33
1301	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	03838989705152	2024-07-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	25,93	28,00	29,69	34,99	21,04	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	20,26
1302	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	2023-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	14,40	15,55	16,48	21,53	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,18
1303	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,83	20,34	21,56	27,81	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,99
1304	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	10,47	11,31	11,99	16,44	15,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,79
1305	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,87	13,90	14,73	19,78	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,79
1306	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,16	18,53	19,65	26,70	26,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,21
1307	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	49,54	49,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
1308	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	71,59	71,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,33
1309	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	12,57	13,58	14,39	19,44	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,48
1310	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	25,40	27,43	29,07	36,84	36,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,94

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1311	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	38,00	41,04	43,50	53,27	53,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,38
1312	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,78	18,12	19,21	25,46	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
1313	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	34,32	37,07	39,29	48,50	48,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,10
1314	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807	2024-04-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	51,48	55,60	58,94	70,15	70,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,95
1315	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,20	17,50	18,54	23,59	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,24
1316	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,40	24,19	25,64	31,89	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,07
1317	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909990903917	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	16,70	18,04	19,12	24,17	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,82
1318	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909990431342	2025-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	22,40	24,19	25,64	31,89	25,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,07
1319	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	2025-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	17,08	18,45	19,55	24,10	17,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,34
1320	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	23,42	25,29	26,82	29,84	9,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	23,14
1321	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	24,88	26,87	28,48	33,60	19,79	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	19,75
1322	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	2025-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	399,00	430,92	456,78	482,39	481,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,07
1323	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	2025-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania podpoliczkowego	399,00	430,92	456,78	482,39	481,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,07

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1324	Fentanylum	AuroFena, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	2025-07-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania podpoliczkowego	399,00	430,92	456,78	482,39	481,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,07
1325	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05901878601007	2025-04-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,53	481,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,21
1326	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	2024-10-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,53	481,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,21
1327	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05901878601014	2025-04-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,53	481,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,21
1328	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	2025-01-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,53	481,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,21
1329	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	2025-01-01	2 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania podpoliczkowego	400,00	432,00	457,92	483,53	481,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,21
1330	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania przezskórnego	201,00	217,08	230,10	250,49	250,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
1331	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania przezskórnego	99,20	107,14	113,56	129,68	129,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1332	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania przezskórnego	51,80	55,94	59,30	71,42	71,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1333	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania przezskórnego	101,00	109,08	115,62	131,74	131,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1334	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania przezskórnego	50,00	54,00	57,24	69,36	69,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1335	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania przezskórnego	150,50	162,54	172,29	190,84	190,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,80
1336	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania przezskórnego	74,05	79,97	84,77	99,22	99,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1337	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	645,00	696,60	738,40	770,99	770,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1338	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	645,00	696,60	738,40	770,99	770,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1339	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania donosowego	322,50	348,30	369,20	392,38	386,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	8,81
1340	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	102,00	110,16	116,77	132,89	132,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1341	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	12,60	13,61	14,43	19,88	18,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,22
1342	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	25,50	27,54	29,19	37,64	37,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1343	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	51,00	55,08	58,38	70,50	70,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1344	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	2025-01-01	2 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacie do stosowania przezskórnego	76,50	82,62	87,58	102,03	102,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1345	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	129,00	139,32	147,68	164,50	154,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	12,99
1346	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	515,00	556,20	589,57	618,83	618,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1347	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	129,00	139,32	147,68	164,50	154,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	12,99
1348	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	515,00	556,20	589,57	618,83	618,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwale działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1349	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,72	457,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1350	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,72	457,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1351	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,72	457,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1352	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426	2024-04-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	376,67	406,80	431,21	457,72	457,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1353	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	2024-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	427,50	461,70	489,40	515,91	515,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1364	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	317,92	343,35	363,96	386,41	369,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	20,16
1365	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	134,69	145,47	154,19	171,27	164,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,54
1366	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	213,25	230,31	244,13	263,89	263,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1367	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2022-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,19	21,81	23,11	29,96	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,41
1368	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 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	69,34	81,59	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,94
1369	Finasteridum	Androster, tabl. powł., 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	69,82	82,07	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,42
1370	Finasteridum	Antiprost, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990067770	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,05	21,65	22,95	29,80	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,25
1371	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990048670	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,38	22,01	23,33	30,18	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,63
1372	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990938797	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,90	64,69	68,57	80,82	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,17
1373	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 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	19,42	26,27	26,27	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1374	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990713127	2025-04-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,96	21,56	22,85	29,70	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,15
1375	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990713141	2025-04-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,88	64,67	68,55	80,80	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,15
1376	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990082391	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,85	20,36	21,58	28,43	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,88
1377	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991507879	2024-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	53,00	57,24	60,67	72,92	72,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1378	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311	2025-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	79,20	85,54	90,67	104,65	104,65	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,52
1379	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991151218	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,47	22,11	23,44	30,29	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,74
1380	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045	2025-07-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	59,40	64,15	68,00	80,25	80,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,64
1381	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991214692	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,00	18,36	19,46	26,31	26,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1382	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991214753	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	51,00	55,08	58,38	70,63	70,63	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1383	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	13,50	14,58	15,45	22,30	22,30	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1384	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601	2024-10-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	40,49	43,73	46,35	58,60	58,60	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1385	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,95	20,47	21,70	28,55	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,00
1386	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,90	20,41	21,63	28,25	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,48
1387	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,10	21,71	23,01	29,86	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,31
1388	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990077267	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,50	21,06	22,32	29,17	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,62
1389	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990077274	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	58,45	63,13	66,92	79,17	79,17	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1390	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	2024-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,46	21,02	22,28	28,90	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,13
1391	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,90	19,33	20,49	27,34	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,79
1392	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 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	60,97	73,22	73,22	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1393	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 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	20,49	27,34	26,75	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,79
1394	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710	2025-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,45	19,93	21,12	27,74	24,97	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,97
1395	Finerenonum	Kerendia, tabl. powł., 10 mg	14 szt.	04057598013536	2024-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	111,78	120,72	127,97	143,82	143,82	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	43,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1396	Finerenonum	Kerendia, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	04057598013581	2024-01-01	2 lata	38.1, Antagoniści aldosteronu - finerenon	111,78	120,72	127,97	143,82	143,82	Przewlekła choroba nerek (stadium 3 i 4, z albuminurią) w przebiegu cukrzycy typu 2, u dorosłych pacjentów leczonych insuliną		30%	43,15
1397	Flecainidi acetat	Flecainide acetate Holsten, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991468132	2025-04-01	2 lata	30.1, Leki przeciwwarystyczne klasy I C – flekainid	72,50	78,30	83,00	96,60	96,60	Zaburzenia rytmu serca		30%	28,98
1398	Flecainidi acetat	Flecainide acetate Holsten, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991468095	2025-04-01	2 lata	30.1, Leki przeciwwarystyczne klasy I C – flekainid	52,00	56,16	59,53	69,13	48,30	Zaburzenia rytmu serca		30%	35,32
1399	Fluconazolum	Flucostat, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	72,79	78,61	83,33	95,31	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	51,03
1400	Fluconazolum	Flucostat, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	20,82	26,35	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,03
1401	Fluconazolum	Flucostat, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	6,41	4,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,91
1402	Fluconazolum	Flucostat, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,02	8,66	9,20	13,27	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,36
1403	Fluconazolum	Flucostat, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,00	32,40	34,34	42,68	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,03
1404	Fluconazolum	Flucostat, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	18,19	19,65	20,82	26,35	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,03
1405	Fluconazolum	Flucostat, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	2024-04-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,07	9,80	10,38	13,68	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,97
1406	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219	2025-01-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,42	32,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1407	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	53,81	65,79	65,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	32,90
1408	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	12,69	13,46	18,99	18,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,50
1409	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	2022-11-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	23,50	25,38	26,90	35,24	35,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,62
1410	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	55,08	59,49	63,05	75,03	75,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,52
1411	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,10	15,23	16,15	21,68	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,03
1412	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,10	15,23	16,15	21,68	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,03
1413	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	2023-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,05	7,61	8,15	11,45	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,63
1414	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	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	25,19	32,42	32,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,21
1415	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	62,44	67,44	71,49	83,47	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	40,37
1416	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,70	16,96	17,97	23,50	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,47
1417	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,33	3,60	4,14	5,81	4,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1418	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	10,80	11,45	15,52	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,39
1419	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	61,20	66,10	70,06	82,04	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,09
1420	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,61	33,06	35,05	43,39	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,67
1421	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	2024-07-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	22,00	23,76	25,19	32,42	32,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,59
1422	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,62	16,87	17,88	23,41	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,38
1423	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	2024-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	8,97	12,27	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,71
1424	Fluconazolum	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	13,51	19,04	19,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,52
1425	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	27,02	35,36	35,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,68
1426	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	13,58	19,11	19,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,56
1427	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	78,38	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	39,77
1428	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,50	15,66	16,60	22,13	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,48

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1429	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,60	21,17	22,44	29,56	28,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,08
1430	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039	2024-10-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	29,00	31,32	33,20	41,54	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,23
1431	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	15,83	21,36	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,71
1432	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	3,20	3,46	4,00	5,67	4,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,60
1433	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	31,65	39,99	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,68
1434	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	7,00	7,56	8,10	11,40	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,58
1435	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	61,00	65,88	69,83	81,81	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	43,20
1436	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,70	14,80	15,68	21,21	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,56
1437	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	28,90	31,21	33,08	41,42	38,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,11
1438	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	2025-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	6,50	7,02	7,56	10,86	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,04
1439	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	2024-04-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	9,65	10,42	11,05	15,26	15,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1440	Fluoxetinum	Adepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,60	14,69	15,57	19,69	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,90
1441	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,17	15,30	16,22	20,34	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,49
1442	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,70	11,56	12,25	16,19	13,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,04
1443	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	2024-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,99	15,11	16,02	20,14	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,31
1444	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,58	10,35	10,96	15,08	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,28
1445	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,25	9,99	10,59	14,71	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,91
1446	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	35,90	38,77	41,09	46,99	23,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	30,66
1447	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	11,90	12,85	13,62	15,94	7,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	11,04
1448	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258	2024-07-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,00	15,12	16,03	18,28	6,50	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	14,98
1449	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296	2024-07-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1450	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	2025-01-01	3 lata	179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego	10,90	11,77	12,47	17,04	17,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1451	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612	2025-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	15,94	17,22	18,25	24,28	21,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,33

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1452	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629	2025-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	47,96	51,80	54,91	65,85	65,85	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1453	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635	2024-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	190,00	205,20	217,51	235,82	205,33	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	92,09
1454	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	2024-07-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	21,80	23,54	24,96	31,09	25,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,14
1455	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	2025-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,90	11,77	12,47	16,20	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,73
1456	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	05909990933839	2025-07-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,98	11,86	12,57	16,30	12,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,83
1457	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	46,19	49,89	52,88	59,39	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	40,28
1458	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	23,51	25,39	26,91	30,91	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,95
1459	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	74,00	79,92	84,72	94,25	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	54,96
1460	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	46,50	50,22	53,23	59,74	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	40,63
1461	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	21,60	23,33	24,73	28,03	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,31
1462	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	21,90	23,65	25,07	28,37	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1463	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	44,20	47,74	50,60	57,11	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	38,00
1464	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,28	16,50	17,50	19,38	4,46	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	18,12
1465	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	79,50	85,86	91,01	100,54	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	61,25
1466	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001	2023-03-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,55	61,07	64,74	74,27	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	34,98
1467	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	30,70	33,16	35,14	41,65	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	22,54
1468	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025	2023-03-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	113,10	122,15	129,48	143,01	89,25	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	64,43
1469	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	2025-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	56,84	61,39	65,07	74,60	44,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,31
1470	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	2024-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,25	68,31	72,41	84,82	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,64
1471	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	75,56	87,97	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,79
1472	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	91,01	104,64	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,79
1473	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,90	57,13	60,56	72,06	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	2,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1474	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	158,40	171,07	181,33	199,37	199,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	2,88
1475	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	68,00	73,44	77,85	90,26	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,57
1476	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	191,25	206,55	218,95	237,75	235,13	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,56
1477	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,50	88,02	93,30	106,93	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,47
1478	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	237,00	255,96	271,32	291,26	282,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,83
1479	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	61,00	65,88	69,83	82,24	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,06
1480	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	74,50	80,46	85,29	98,92	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,07
1481	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	47,00	50,76	53,81	65,31	65,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1482	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557	2023-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,79	57,01	60,44	71,94	71,94	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1483	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595	2023-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	63,74	68,84	72,96	85,37	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,19
1484	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632	2023-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	78,98	85,30	90,42	104,05	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,20
1485	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	2025-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	72,90	78,73	83,45	95,86	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,68
1486	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	2025-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	88,20	95,26	100,97	114,60	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,75
1487	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	2024-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,85	71,12	75,38	87,79	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,61
1488	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	2024-07-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,30	85,64	90,78	104,41	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,56
1489	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	2024-07-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,85	57,08	60,50	72,00	72,00	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1490	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	2024-10-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,80	57,02	60,45	71,95	71,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1491	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	2024-10-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,45	70,69	74,93	87,34	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,16

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1492	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	2024-10-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,00	85,32	90,44	104,07	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,22
1493	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959	2024-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,99	71,27	75,55	87,96	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,78
1494	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966	2024-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,49	85,85	91,00	104,63	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,78
1495	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898	2024-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	52,89	57,12	60,54	72,04	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1496	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	2023-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	67,00	72,36	76,70	89,11	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,93
1497	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	2023-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	81,50	88,02	93,30	106,93	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,08
1498	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	2024-04-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	53,75	58,05	61,54	73,04	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,78
1499	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	2024-04-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,20	75,82	80,36	92,77	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	15,83
1500	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	2024-04-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	86,00	92,88	98,45	112,08	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,11

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1501	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	73,50	79,38	84,14	96,55	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,37
1502	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	96,20	103,90	110,13	123,76	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	32,91
1503	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	58,00	62,64	66,40	77,90	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,06
1504	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	2025-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	55,00	59,40	62,96	74,46	72,04	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,62
1505	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	2025-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	65,00	70,20	74,41	86,82	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,64
1506	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	2025-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	79,00	85,32	90,44	104,07	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,22
1507	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585	2023-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	61,75	66,69	70,70	83,11	78,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,93
1508	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592	2023-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	75,50	81,54	86,43	100,06	94,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,21
1509	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578	2023-11-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	47,59	51,40	54,49	65,99	65,99	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1510	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	29,90	32,29	34,23	38,35	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,55
1511	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny	29,90	32,29	34,23	38,35	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,55
1512	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml	1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły	05909991343019	2024-04-01	2 lata 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	249,00	268,92	285,06	304,18	229,53	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	77,85
1513	Folitropinum delta	Rekovelle, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml	1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł / 1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 15 igieł	05909991343033	2024-04-01	2 lata 6 miesięcy	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1494,00	1613,52	1710,33	1754,66	1377,15	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	380,71

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1514	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	05997001308486	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	127,85	138,08	146,36	163,17	153,02	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	13,35

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1515	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	05997001308493	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	191,79	207,13	219,56	238,68	229,53	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	12,35

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1516	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	05997001308509	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	255,72	276,18	292,74	313,88	306,03	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	11,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1517	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego , 300 j.m. (IU)/0,48 ml (22 µg/0,48 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007257	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	298,00	321,84	341,15	362,29	306,03	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	59,46

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1518	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,44 ml (66 µg/1,44 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007240	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	894,00	965,52	1023,45	1058,95	918,10	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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	144,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1519	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	293,46	314,60	306,03	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	11,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1520	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	882,60	918,10	918,10	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 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	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 obowiązowania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1521	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	256,00	276,48	293,07	314,21	306,03	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	11,38

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1522	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	512,00	552,96	586,14	615,37	612,07	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	6,50
1523	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,40	47,95	50,82	61,36	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,35
1524	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	127,50	137,70	145,96	163,05	163,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1525	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	101,88	116,42	116,42	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1526	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,79	48,37	51,28	61,82	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,81
1527	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,96	96,08	101,84	116,38	116,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1528	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	43,80	47,30	50,14	60,68	58,21	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,67
1529	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287	2025-04-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	87,60	94,61	100,29	114,83	114,83	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1530	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294	2025-04-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	131,40	141,91	150,42	167,51	167,51	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1531	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,96	96,08	101,84	116,38	116,38	Astma, przewłękła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1532	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4.5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	28,95	31,27	33,15	40,42	29,11	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,51
1533	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	38,80	41,90	44,42	54,96	54,96	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1534	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681	2025-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	88,99	96,11	101,88	116,42	116,42	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1535	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000	2025-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	44,93	48,52	51,44	61,98	58,21	Astma; Przewłękła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,97
1536	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. 120 dawek	05000456071505	2025-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	200,00	216,00	228,96	247,27	205,33	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewłękłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	103,54
1537	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,97	5,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,92
1538	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,69	7,23	7,77	10,94	10,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,92
1539	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,35	3,62	4,16	5,97	5,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1540	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	2024-04-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	6,70	7,24	7,78	10,95	10,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,93
1541	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,05	4,37	4,91	7,76	7,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1542	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	5,50	5,94	6,48	9,33	9,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1543	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	5,85	6,32	6,86	9,71	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	2,88
1544	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	6,00	6,48	7,02	9,87	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,02
1545	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,00	11,88	12,59	17,47	16,93	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,74
1546	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	33,00	35,64	37,78	47,35	47,35	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1547	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	44,00	47,52	50,37	61,31	61,31	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1548	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	14,50	15,66	16,60	21,48	16,93	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	7,75
1549	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	32,35	34,94	37,03	46,60	46,60	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1550	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	36,00	38,88	41,21	50,78	50,78	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1551	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	49,25	53,19	56,39	67,33	67,33	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1552	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	46,99	50,75	53,79	64,73	64,73	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1553	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	75,95	82,03	86,95	100,52	100,52	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56
1554	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	103,95	112,27	119,01	133,95	133,95	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,74
1555	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	15,00	16,20	17,17	22,05	16,93	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	8,32
1556	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	45,00	48,60	51,52	61,09	50,78	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	13,51
1557	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	60,00	64,80	68,69	79,63	67,71	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	15,12
1558	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	88,90	96,01	101,77	115,34	101,56	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	17,34
1559	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	104,89	113,28	120,07	135,01	135,01	Padaczka opoma na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,74

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1560	Ganirelixum	Ganirelix Gedeon Richter, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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	83,57	97,20	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	48,60
1561	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 amp.-strz.	05909990880911	2024-07-01	2 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	73,03	78,87	83,60	97,23	97,20	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		50%	48,63
1562	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1563	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	2023-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1564	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	7,90	8,53	9,07	11,23	6,58	Cukrzyca		ryczałt	7,85
1565	Gliclazidum	Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1566	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	19,25	20,79	22,04	25,05	9,88	Cukrzyca		ryczałt	16,53
1567	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	12,25	13,23	14,03	17,04	9,88	Cukrzyca		ryczałt	10,36
1568	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	10,79	11,65	12,36	15,37	9,88	Cukrzyca		ryczałt	8,69

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1569	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,18	17,47	18,52	22,72	14,81	Cukrzyca		ryczałt	12,71
1570	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,79	11,65	12,36	15,37	9,88	Cukrzyca		ryczałt	8,69
1571	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2024-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	21,57	23,30	24,69	29,80	19,75	Cukrzyca		ryczałt	16,45
1572	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,62	19,03	20,17	24,37	14,81	Cukrzyca		ryczałt	14,36
1573	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	08595566455019	2024-10-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,00	8,64	9,18	12,19	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,51
1574	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	08595566455149	2025-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,00	17,28	18,32	23,43	19,75	Cukrzyca		ryczałt	10,08
1575	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	12,71	15,72	9,88	Cukrzyca		ryczałt	9,04
1576	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	25,41	30,52	19,75	Cukrzyca		ryczałt	17,17
1577	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	2025-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,10	8,75	9,29	12,30	9,88	Cukrzyca		ryczałt	5,62
1578	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	2023-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,86	9,57	10,14	13,15	9,88	Cukrzyca		ryczałt	6,47
1579	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	2025-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,20	17,50	18,54	23,65	19,75	Cukrzyca		ryczałt	10,30
1580	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	4,13	4,46	5,00	6,73	4,94	Cukrzyca		ryczałt	4,99
1581	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,15	7,72	8,26	11,27	9,88	Cukrzyca		ryczałt	4,59

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1582	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,50	12,42	13,17	17,37	14,81	Cukrzyca		ryczałt	7,36
1583	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,00	11,88	12,59	17,70	17,70	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1584	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	3,59	3,88	4,42	6,15	4,94	Cukrzyca		ryczałt	3,97
1585	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,27	7,85	8,39	11,40	9,88	Cukrzyca		ryczałt	4,25
1586	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,69	11,55	12,24	16,44	14,81	Cukrzyca		ryczałt	5,79
1587	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	2024-04-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,79	13,81	14,64	19,75	19,75	Cukrzyca		ryczałt	5,76
1588	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990337453	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,75	2,97	3,51	5,24	4,94	Cukrzyca		ryczałt	3,50
1589	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990337521	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,50	5,94	6,48	9,49	9,49	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1590	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990338078	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,25	8,91	9,45	13,65	13,65	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1591	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990338146	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,95	11,83	12,54	17,65	17,65	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1592	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990338207	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,70	18,04	19,12	25,86	25,86	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1593	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	2,52	2,72	3,26	4,99	4,94	Cukrzyca		ryczałt	3,25
1594	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	5,16	5,57	6,11	9,12	9,12	Cukrzyca		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1595	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	7,11	7,68	8,22	12,42	12,42	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1596	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	10,00	10,80	11,45	16,56	16,56	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1597	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	16,49	17,81	18,88	25,62	25,62	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1598	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	2025-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,00	9,72	10,30	12,03	4,94	Cukrzyca		ryczałt	9,26
1599	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	2025-01-01	3 lata	85.0, Hormony trzustki - glukagon	47,95	51,79	54,90	65,84	65,84	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1600	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę	11 g	05909990156825	2025-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	11,84	12,79	13,55	18,39	18,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1601	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036	2024-04-01	3 lata	33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego	5,30	5,72	6,26	8,90	8,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,74
1602	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	81,57	95,51	95,51	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	28,65
1603	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	431,00	465,48	493,41	519,30	518,76	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,50
1604	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	136,00	146,88	155,69	172,92	172,92	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1605	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	140,00	151,20	160,27	177,50	172,92	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty; <2>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	7,78
1606	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	419,50	453,06	480,24	506,13	506,13	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	8,96
1607	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	186,55	201,47	213,56	230,79	172,92	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty;	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	61,07
1608	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	587,00	633,96	672,00	697,89	518,76	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	188,09
1609	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177,3, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,57	42,57	x	choroba Huntingtona	30%	11,49
1610	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2024-04-01	3 lata	177,3, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	29,72	32,10	34,02	42,57	42,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1611	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	177,1, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	x	choroba Huntingtona	30%	1,89
1612	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2025-01-01	3 lata	177,1, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1613	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177,2, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,64	4,34	x	choroba Huntingtona	30%	3,24

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1614	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpyszchotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	4,54	5,08	6,64	4,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,07
1615	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.2, Leki przeciwpyszchotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,28	16,28	x	choroba Huntingtona	30%	4,39
1616	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2024-04-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpyszchotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,36	11,19	11,86	16,28	16,28	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1617	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	177.1, Leki przeciwpyszchotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	x	choroba Huntingtona	30%	1,89
1618	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2024-04-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpyszchotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,99	4,31	4,85	7,00	7,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1619	Hydrocortisoni acetat	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	2025-01-01	3 lata	55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania	4,45	4,81	5,35	7,67	7,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,46
1620	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	2022-11-01	3 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	12,30	13,28	14,08	19,05	19,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,72
1621	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	2025-04-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	91,28	105,29	105,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1622	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2025-01-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	79,74	86,12	91,28	105,29	105,29	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1623	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	2025-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,50	7,02	7,56	9,41	5,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,57

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1624	Icatibantum	Firazyry, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	<1>2023-09-01/<2>2025-07-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2207,28	2207,28	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1625	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	<1>2023-01-01/<2>2025-01-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2207,28	2207,28	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1626	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	2025-01-01	3 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	1875,00	2025,00	2146,50	2207,28	2207,28	Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20
1627	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	2023-09-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	103,95	112,27	119,01	134,41	134,41	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	40,32
1628	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum + Mometasoni furoas	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 µg	30 szt.	07613421044596	2024-07-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	155,29	167,71	177,78	196,09	196,09	Podtrzymujące leczenie astmy u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli choroby w wyniku podtrzymującego leczenia skojarzonego długo działającym beta2-mimetykiem i kortykosteroidem wziewnym podawanym w dużych dawkach, u których wystąpiło co najmniej jedno zaostrzenie astmy w poprzednim roku		30%	58,83

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1629	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531	2024-07-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	90,16	97,37	103,22	116,85	94,05	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	51,02
1630	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 µg	30 szt.	07613421045548	2024-07-01	2 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	91,14	98,43	104,34	117,97	94,05	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	52,14
1631	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Atectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524	2024-07-01	2 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	60,00	64,80	68,69	86,73	86,73	Podtrzymujące leczenie astmy u osób dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat z niewystarczającą kontrolą astmy za pomocą wziewnych kortykosteroidów oraz wziewnych krótko działających beta2-mimetyków		30%	26,02
1632	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,65	8,26	8,80	11,63	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,65
1633	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,88	12,83	13,60	18,45	18,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,99
1634	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,40	4,75	5,29	8,12	8,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,44
1635	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,99	6,47	7,01	10,10	10,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
1636	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,64	8,25	8,79	11,62	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,64
1637	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	7,50	8,10	8,64	12,92	12,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,49
1638	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014	2024-04-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,66	5,03	5,57	8,40	8,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,27
1639	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401	2024-07-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	13,98	15,10	16,01	22,52	22,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,08
1640	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,63	6,08	6,62	9,45	9,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
1641	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801	2025-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,51	4,87	5,41	8,24	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,47

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1654	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	333,00	359,64	381,22	402,22	310,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 1 roku życia		30%	185,21
1655	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562	2025-01-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	137,75	148,77	157,70	174,38	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	65,87
1656	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	166,50	179,82	190,61	207,29	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 1 roku życia		30%	98,78
1657	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	2023-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	252,45	272,65	289,01	310,01	310,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	93,00
1658	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	157,00	169,56	179,73	196,41	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	87,90
1659	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	2025-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	157,00	169,56	179,73	196,41	155,01	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 2 lat		30%	87,90
1660	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwaczy we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2024-07-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin	445,50	481,14	510,01	534,98	465,02	Leczenie cukrzycy u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku powyżej 6 roku życia		30%	209,47
1661	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	2025-04-01	1 rok 9 miesięcy	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	255,30	275,72	292,27	315,17	315,17	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%	94,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1662	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j./ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	2025-04-01	1 rok 9 miesięcy	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	334,00	360,72	382,36	405,26	394,28	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%	129,26
1663	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fioł.po 10 ml	05909990008483	2025-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	65,00	70,20	74,41	85,67	67,34	Cukrzyca		ryczałt	21,53
1664	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	2025-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	99,00	106,92	113,34	127,15	101,01	Cukrzyca		ryczałt	30,14
1665	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	100,00	108,00	114,48	128,29	101,01	Cukrzyca		ryczałt	31,28
1666	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	72,66	78,47	83,18	96,99	96,99	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1667	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1668	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1669	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1670	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1671	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	146,80	158,54	168,06	185,91	185,91	Cukrzyca		ryczałt	6,80
1672	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519	2024-07-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	79,23	85,57	90,70	104,51	101,01	Cukrzyca		ryczałt	6,38

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1687	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1688	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	76,07	82,16	87,08	100,89	100,89	Cukrzyca		ryczałt	3,40
1689	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	103,97	112,29	119,03	132,84	101,01	Cukrzyca		ryczałt	35,83
1690	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	106,81	115,35	122,28	136,09	101,01	Cukrzyca		ryczałt	39,08
1691	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	2025-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	106,81	115,35	122,28	136,09	101,01	Cukrzyca		ryczałt	39,08
1692	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	2023-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	160,21	173,03	183,41	201,26	201,26	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1693	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	2024-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	157,41	170,00	180,20	198,05	198,05	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1694	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	2024-04-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulín ludzkich	78,00	84,24	89,29	103,10	101,01	Cukrzyca		ryczałt	6,09
1695	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 insulín ludzkich	157,41	170,00	180,20	198,05	198,05	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1696	Ipratropii bromidum	Atrotil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	13,06	14,10	14,95	20,07	19,79	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,84
1697	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	10,69	11,55	12,24	15,26	9,90	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	8,56

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1698	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,81	13,83	14,67	19,79	19,79	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1699	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	12,90	13,93	14,76	19,88	19,79	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,65
1700	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	57,00	61,56	65,25	77,23	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	38,62
1701	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	12,89	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,38
1702	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	42,50	45,90	48,65	60,63	60,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	30,32
1703	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,00	8,64	9,18	12,89	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,38
1704	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	63,80	68,90	73,04	85,02	77,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	46,41
1705	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,40	10,15	10,76	14,47	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	8,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1706	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991452278	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,90	57,13	60,56	72,08	72,08	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
1707	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,93	57,16	60,60	72,12	72,12	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
1708	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991465377	2025-04-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	52,93	57,16	60,60	72,12	72,12	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
1709	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2025-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,27	65,09	69,00	80,52	72,19	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	11,53
1710	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,30	85,64	90,78	104,78	104,78	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1711	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,40	85,75	90,89	104,89	104,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1712	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046	2025-04-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,40	85,75	90,89	104,89	104,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1713	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927	2025-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	90,40	97,63	103,49	117,49	108,28	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	12,41
1714	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05901878600772	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	56,50	61,02	64,68	76,20	72,19	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	7,21
1715	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,82	67,85	71,92	83,44	72,19	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	14,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1716	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789	2024-10-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	84,50	91,26	96,74	110,74	108,28	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,66
1717	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	94,30	101,84	107,96	121,96	108,28	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	16,88
1718	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	60,25	65,07	68,98	80,50	72,19	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
1719	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991398606	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	57,24	68,76	68,76	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1720	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991398620	2023-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	85,86	99,86	99,86	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1721	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,77	72,19	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
1722	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powł., 7.5 mg	56 szt.	05909991322786	2024-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,88	108,28	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	6,80
1723	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	50,00	54,00	57,24	68,76	68,76	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1724	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 7.5 mg	56 szt.	05909991298654	2023-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	75,00	81,00	85,86	99,86	99,86	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1725	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991329822	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	114,00	123,12	130,51	146,03	144,38	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1726	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991329785	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	57,00	61,56	65,25	76,77	72,19	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
1727	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	171,00	184,68	195,76	213,82	213,82	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,97
1728	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853	2024-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	85,50	92,34	97,88	111,88	108,28	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	6,80
1729	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	53,00	57,24	60,67	72,19	72,19	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
1730	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370	2023-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	79,50	85,86	91,01	105,01	105,01	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca ≥ 75 uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1731	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	2025-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	24,90	26,89	28,50	36,23	36,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,24
1732	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	2025-01-01	3 lata	74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego	52,00	56,16	59,53	70,93	70,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,15
1733	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,89	13,92	14,75	18,86	14,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,78
1734	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,38	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,36
1735	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,90	17,17	18,20	23,64	21,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,72
1736	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,30	16,52	17,52	21,97	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	14,00
1737	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990046485	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	15,27	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,96
1738	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05907626701814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,50	11,34	12,02	15,27	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1739	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,32	5,75	6,29	8,60	7,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	5,06
1740	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,18	10,99	11,65	14,90	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,63
1741	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620	2025-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,58	12,51	13,25	15,85	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,76
1742	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697	2025-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	19,92	23,59	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,46
1743	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991105563	2025-04-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,34	10,09	10,69	13,29	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,20
1744	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991105549	2025-04-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,00	16,20	17,17	20,84	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,71
1745	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,80	6,26	6,80	8,32	4,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
1746	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,55	12,47	13,22	15,82	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,76
1747	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,60	12,53	13,28	15,88	8,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,81
1748	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	23,10	24,95	26,45	30,97	17,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,91
1749	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,40	18,79	19,92	23,59	13,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,01
1750	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2024-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	34,65	37,42	39,67	45,72	26,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,71
1751	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,84	80,84	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1752	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,16	117,16	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1753	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,07	153,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1754	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,17	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,85
1755	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05055565743331	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	63,47	68,55	72,66	85,27	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,28
1756	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05055565743348	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	95,20	102,82	108,98	123,80	123,80	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1757	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05055565743355	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	126,93	137,08	145,31	161,92	161,92	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1758	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05055565743324	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,93	8,56	9,10	12,68	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,36
1759	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	04260598450540	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,53	67,53	71,58	84,19	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1760	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	04260598450557	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	93,80	101,30	107,38	122,20	122,20	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1761	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	04260598450564	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,06	135,06	143,16	159,77	159,77	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1762	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	04260598450533	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,81	8,43	8,97	12,55	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,23
1763	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	62,53	67,53	71,58	84,19	84,19	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1764	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	93,80	101,30	107,38	122,20	122,20	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1765	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	125,07	135,08	143,18	159,79	159,79	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1766	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,82	8,45	8,99	12,57	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	5,25
1767	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	05909991384234	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	59,60	64,37	68,23	80,84	80,84	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1768	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	05909991384241	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	89,40	96,55	102,34	117,16	117,16	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1769	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	05909991384258	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoizamid - stałe postacie farmaceutyczne	119,20	128,74	136,46	153,07	153,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1770	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	05909991384197	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	7,45	8,05	8,59	12,17	10,52	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	4,85
1771	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - płynne postacie farmaceutyczne	85,82	92,69	98,25	112,61	112,61	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych	ryczałt	3,20
1772	Lamotriginum	Epitrigrine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,00	18,36	19,46	24,67	19,03	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,84
1773	Lamotriginum	Epitrigrine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,50	9,18	9,73	12,81	9,51	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,50
1774	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,70	19,12	20,26	25,47	19,03	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,64
1775	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok 6 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,81	19,23	20,39	25,60	19,03	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,77
1776	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	13,14	14,19	15,04	20,25	19,03	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,98
1777	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	26,28	28,38	30,09	38,05	38,05	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	2,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1778	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesziny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2>3 lata - dla kolumny 15	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	47,15	50,92	53,98	64,83	64,83	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1779	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesziny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	2023-03-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>1 rok/<2>3 lata - dla kolumny 15	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	12,01	12,97	13,75	18,57	16,21	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,56
1780	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,20	20,74	21,98	27,19	19,03	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,36
1781	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>6 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	53,42	57,69	61,16	71,12	57,08	Padaczka oporna na leczenie; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	17,24
1782	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,49	4,76	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,93
1783	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,60	10,37	10,99	14,07	9,51	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,76
1784	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	17,71	19,13	20,27	25,48	19,03	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1785	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,42	4,77	5,31	7,08	4,76	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,52
1786	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2>2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	8,85	9,56	10,13	13,21	9,51	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,90
1787	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	4,27
1788	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych		ryczałt	4,27
1789	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	5240,97	5660,25	5822,25	5956,55	5956,55	<3>Leczenie guzów neuroendokrynych 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
1790	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	48,15
1791	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych		ryczałt	48,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1792	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01/<3>2023-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	3930,72	4245,18	4407,18	4512,36	4467,41	<3>Leczenie guzów neuroendokrynnych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	44,95
1793	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,90	13,93	14,76	18,61	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,39
1794	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,45	6,97	7,51	9,66	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,55
1795	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,55	5,99	6,53	8,68	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,57
1796	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,10	11,99	12,71	16,56	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,34
1797	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,25	22,95	24,33	31,93	31,68	Jaskra		ryczałt	3,45
1798	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	63,75	68,85	72,99	86,59	86,59	Jaskra		ryczałt	8,00
1799	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,08	24,93	26,42	34,02	31,68	Jaskra		ryczałt	5,54

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1800	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,00	31,32	33,20	41,63	38,01	Jaskra		ryczałt	6,82
1801	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	87,00	93,96	99,60	114,03	114,03	Jaskra		ryczałt	9,60
1802	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,63	28,76	30,49	38,09	31,68	Jaskra		ryczałt	9,61
1803	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	76,90	83,05	88,03	101,63	95,03	Jaskra		ryczałt	14,60
1804	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	2022-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,48	32,92	34,89	43,32	38,01	Jaskra		ryczałt	8,51
1805	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	92,30	99,68	105,67	120,10	114,03	Jaskra		ryczałt	15,67
1806	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	35,08	31,68	Jaskra		ryczałt	6,60
1807	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,00	77,76	82,43	96,03	95,03	Jaskra		ryczałt	9,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1808	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,75	27,81	29,48	37,08	31,68	Jaskra		ryczałt	8,60
1809	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,00	77,76	82,43	96,03	95,03	Jaskra		ryczałt	9,00
1810	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	72,50	78,30	83,00	96,60	95,03	Jaskra		ryczałt	9,57
1811	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0.05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	2025-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	80,23	86,65	91,84	105,44	95,03	Jaskra		ryczałt	18,41
1812	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,30	31,64	33,54	41,14	31,68	Jaskra		ryczałt	12,66
1813	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,96	34,52	36,59	45,02	38,01	Jaskra		ryczałt	10,21
1814	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396	2022-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	95,89	103,56	109,77	124,20	114,03	Jaskra		ryczałt	19,77
1815	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,25	22,95	24,33	31,93	31,68	Jaskra		ryczałt	3,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1816	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	2024-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	63,75	68,85	72,99	86,59	86,59	Jaskra		ryczałt	8,00
1817	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 przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,95	32,35	34,29	41,89	31,68	Jaskra		ryczałt	13,41
1818	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,98	68,02	72,10	85,70	85,70	Jaskra		ryczałt	8,00
1819	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	2024-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	23,26	30,86	30,86	Jaskra		ryczałt	3,20
1820	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,59	27,64	29,30	36,90	31,68	Jaskra		ryczałt	8,42
1821	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,32	21,95	23,26	30,86	30,86	Jaskra		ryczałt	3,20
1822	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,96	65,84	69,79	83,39	83,39	Jaskra		ryczałt	8,00
1823	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,20	30,46	32,28	39,88	31,68	Jaskra		ryczałt	11,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1824	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,20	67,18	71,20	84,80	84,80	Jaskra		ryczałt	8,00
1825	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	2025-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,99	32,39	34,33	41,93	31,68	Jaskra		ryczałt	13,45
1826	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	2024-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	71,95	77,71	82,37	95,97	95,03	Jaskra		ryczałt	8,94
1827	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990977826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	47,00	50,76	53,81	64,30	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	9,88
1828	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,90	89,53	94,90	109,39	109,39	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1829	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	82,95	89,59	94,96	109,45	109,45	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1830	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990977925	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	92,50	99,90	105,89	120,38	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	8,35
1831	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	43,00	46,44	49,23	59,72	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,30
1832	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,00	89,64	95,02	109,51	109,51	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1833	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05995327191980	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	42,50	45,90	48,65	59,14	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	4,72
1834	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05995327192031	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	63,75	68,85	72,99	86,00	86,00	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1835	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05995327192079	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	85,00	91,80	97,31	111,80	111,80	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1836	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	44,00	47,52	50,37	60,86	57,62	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	6,44
1837	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	66,00	71,28	75,56	88,57	86,42	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,35
1838	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,23	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1839	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	76,99	83,15	88,14	102,63	102,63	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1840	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	88,00	95,04	100,74	115,23	115,23	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1841	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,82	56,82	<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
1842	Letrozolum	Clarzole, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,82	56,82	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1843	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201	<1>2025-01-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,50	48,06	50,94	61,06	56,82	<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	4,24
1844	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	122,00	131,76	139,67	156,13	156,13	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1845	Letrozolum	Lametta, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2025-01-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,79	44,05	46,70	56,82	56,82	<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
1846	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	162,80	175,82	186,38	204,57	204,57	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
1847	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,70	43,96	46,59	56,71	56,71	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
1848	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,00	43,20	45,79	55,91	55,91	<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
1849	Leuporelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	540,00	583,20	618,19	645,00	555,81	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	98,79
1850	Leuporelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	1045,11	1128,72	1196,45	1234,32	1111,63	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	141,89
1851	Leuporelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11,25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	459,00	495,72	525,46	552,27	552,27	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,60

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1852	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	2024-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,52	74,52	Padaczka		ryczałt	3,20
1853	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,17	48,79	Padaczka		ryczałt	15,94
1854	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,82	12,20	Padaczka		ryczałt	10,82
1855	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,36	24,40	Padaczka		ryczałt	11,16
1856	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,25	44,55	47,23	55,40	36,60	Padaczka		ryczałt	22,00
1857	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755	2025-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	81,96	88,52	93,83	105,56	74,52	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	34,24
1858	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	42,93	46,36	49,15	58,80	48,79	Padaczka		ryczałt	13,57
1859	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2023-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,46	23,18	24,57	31,17	24,40	Padaczka		ryczałt	9,97
1860	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	2023-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,00	58,32	61,82	73,55	73,55	Padaczka		ryczałt	3,20
1861	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	83,94	97,59	97,59	Padaczka		ryczałt	7,11
1862	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2023-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,62	48,79	Padaczka		ryczałt	6,39

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1863	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	2024-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,31	19,77	20,96	27,56	24,40	Padaczka		ryczałt	6,36
1864	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 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	10,49	14,56	12,20	Padaczka		ryczałt	5,56
1865	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 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	41,97	51,62	48,79	Padaczka		ryczałt	6,39
1866	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 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	20,98	27,58	24,40	Padaczka		ryczałt	6,38
1867	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	2024-10-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,96	59,36	62,92	74,67	73,19	Padaczka		ryczałt	6,81
1868	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 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	31,46	39,63	36,60	Padaczka		ryczałt	6,23
1869	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 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	41,60	51,25	48,79	Padaczka		ryczałt	6,02
1870	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 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	10,39	14,46	12,20	Padaczka		ryczałt	5,46
1871	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 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	20,80	27,40	24,40	Padaczka		ryczałt	6,20
1872	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 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	31,20	39,37	36,60	Padaczka		ryczałt	5,97
1873	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672	2024-07-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	51,00	55,08	58,38	70,11	70,11	Padaczka		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1874	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	87,33	94,32	99,98	113,63	97,59	Padaczka		ryczałt	23,15
1875	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,67	47,16	49,99	59,64	48,79	Padaczka		ryczałt	14,41
1876	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,67	47,16	49,99	59,64	48,79	Padaczka		ryczałt	14,41
1877	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	21,83	23,58	24,99	31,59	24,40	Padaczka		ryczałt	10,39
1878	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	65,50	70,74	74,98	86,73	73,19	Padaczka		ryczałt	18,87
1879	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	32,75	35,37	37,50	45,67	36,60	Padaczka		ryczałt	12,27
1880	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 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	83,20	96,85	96,85	Padaczka		ryczałt	7,11
1881	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	40,96	44,24	46,89	56,54	48,79	Padaczka		ryczałt	11,31
1882	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	10,24	11,06	11,72	15,79	12,20	Padaczka		ryczałt	6,79
1883	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 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	41,60	51,25	48,79	Padaczka		ryczałt	6,02
1884	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	20,48	22,12	23,45	30,05	24,40	Padaczka		ryczałt	8,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1885	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272	2023-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,51	58,87	62,40	74,15	73,19	Padaczka		ryczałt	6,29
1886	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258	2025-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,72	33,18	35,16	43,33	36,60	Padaczka		ryczałt	9,93
1887	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	73,32	79,19	83,94	97,59	97,59	Padaczka		ryczałt	7,11
1888	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,62	48,79	Padaczka		ryczałt	6,39
1889	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,16	9,89	10,49	14,56	12,20	Padaczka		ryczałt	5,56
1890	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	36,66	39,59	41,97	51,62	48,79	Padaczka		ryczałt	6,39
1891	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	18,32	19,79	20,97	27,57	24,40	Padaczka		ryczałt	6,37
1892	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886	2023-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,48	29,68	31,46	39,63	36,60	Padaczka		ryczałt	6,23
1893	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841	2025-07-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	53,00	57,24	60,67	72,40	72,40	Padaczka		ryczałt	3,20
1894	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	89,33	96,48	102,27	115,92	97,59	Padaczka		ryczałt	25,44
1895	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,17	48,79	Padaczka		ryczałt	15,94

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1896	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	12,15	12,88	16,95	12,20	Padaczka		ryczałt	7,95
1897	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,00	48,60	51,52	61,17	48,79	Padaczka		ryczałt	15,94
1898	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	22,50	24,30	25,76	32,36	24,40	Padaczka		ryczałt	11,16
1899	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	33,75	36,45	38,64	46,81	36,60	Padaczka		ryczałt	13,41
1900	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	2023-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	54,85	59,24	62,79	74,52	74,52	Padaczka		ryczałt	3,20
1901	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2024-04-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	27,58	29,79	31,57	39,73	37,26	Padaczka		ryczałt	5,67
1902	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	55,83	60,30	63,91	73,56	48,79	Padaczka		ryczałt	28,33
1903	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,96	15,08	15,98	20,05	12,20	Padaczka		ryczałt	11,05
1904	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,92	30,15	31,97	38,57	24,40	Padaczka		ryczałt	17,37
1905	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2023-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	41,88	45,23	47,94	56,11	36,60	Padaczka		ryczałt	22,71
1906	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,35	26,30	27,87	34,10	25,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	14,80

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1907	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	08595566452292	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,63	10,40	11,03	15,04	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,58
1908	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,31	10,05	10,66	13,50	9,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,20
1909	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,20	13,18	13,96	17,76	12,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,94
1910	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,97	15,09	15,99	20,00	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,54
1911	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,40	30,67	32,51	40,57	40,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,21
1912	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,95	36,67	38,87	46,93	40,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	18,57
1913	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,70	31,00	32,85	40,91	40,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,55
1914	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,58	17,91	18,98	24,54	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,90
1915	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,75	14,85	15,75	19,55	12,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,66
1916	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,57	20,06	21,25	27,48	25,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	8,85
1917	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,85	30,08	31,88	39,63	37,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,84

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1918	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,16	16,37	17,36	22,92	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,44
1919	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	14,10	12,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,28
1920	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,10	19,55	20,73	26,96	25,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,31
1921	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,10	29,27	31,03	38,78	37,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,31
1922	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,86	18,21	19,30	24,86	22,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,10
1923	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,45	14,53	15,40	19,20	12,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,34
1924	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,75	29,97	31,77	39,52	37,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,74
1925	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	66,00	71,28	75,56	87,42	80,62	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	10,36
1926	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	33,42	36,09	38,26	46,52	40,31	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	9,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1927	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	33,42	36,09	38,26	46,52	40,31	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	9,41
1928	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	66,00	71,28	75,56	87,42	80,62	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	10,36
1929	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	22,50	27,96	20,15	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	11,01
1930	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	19,65	21,22	22,50	27,96	20,15	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	11,01
1931	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	33,42	36,09	38,26	46,52	40,31	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	9,41
1932	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	40,31	40,31	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,20
1933	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	56,00	60,48	64,11	75,97	75,97	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
1934	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	14,00	15,12	16,03	21,49	20,15	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,54
1935	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	28,00	30,24	32,05	40,31	40,31	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1936	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	59,00	63,72	67,54	81,00	81,00	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,44
1937	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	36,00	38,88	41,21	49,47	40,31	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	12,36
1938	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912	2025-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego	7,47	8,07	8,61	12,07	12,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1939	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	16,33	22,34	22,34	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
1940	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	9,53	13,64	13,64	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
1941	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,84	11,71	12,41	16,90	16,87	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,14
1942	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,89	6,36	6,90	9,48	8,43	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,61
1943	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,35	6,86	7,40	10,24	9,45	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,77
1944	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	13,55	14,63	15,51	20,76	20,76	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
1945	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,81	7,35	7,89	11,00	10,54	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,90
1946	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,07	7,64	8,18	11,55	11,55	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
1947	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,56	15,72	16,66	22,67	22,67	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
1948	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,70	8,32	8,86	12,51	12,51	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1949	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,30	10,04	10,65	14,76	14,76	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1950	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,16	10,97	11,63	16,12	16,12	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
1951	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,99	7,55	8,09	9,61	4,22	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,59
1952	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,00	5,40	5,94	6,92	2,11	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,92
1953	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,83	10,62	11,25	13,83	8,43	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,96
1954	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,28	5,70	6,24	7,76	4,22	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,74
1955	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,23	11,05	11,71	15,36	12,65	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,04
1956	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,80	6,26	6,80	8,85	6,33	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,72
1957	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,04	6,52	7,06	9,38	7,42	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,16
1958	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,10	5,51	6,05	8,63	8,43	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,76
1959	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	2025-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,97	6,45	6,99	10,10	10,10	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
1960	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,30	7,88	8,42	12,07	12,07	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
1961	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	2025-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,80	5,18	5,72	7,24	4,22	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
1962	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	2025-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,60	4,97	5,51	7,56	6,33	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,43
1963	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,75	7,29	7,83	9,76	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,01
1964	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	2025-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,22	9,96	10,55	13,96	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,47

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1965	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	14,58	15,45	18,86	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,37
1966	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,38	3,65	4,19	5,38	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,38
1967	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,75	9,45	10,02	11,95	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,20
1968	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	2023-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,68
1969	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,40	15,55	16,48	19,89	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,40
1970	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,80	6,26	6,80	7,99	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,99
1971	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,78	8,40	8,94	10,77	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,42
1972	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,92	13,95	14,80	18,01	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,88
1973	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,30	5,72	6,26	7,40	2,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,40
1974	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,80	7,34	7,88	9,71	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,36
1975	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,50	13,50	14,31	17,52	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,39

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1976	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	4,21	5,35	2,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,35
1977	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,20	13,18	13,96	15,89	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,14
1978	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,60	20,09	21,30	24,71	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	19,22
1979	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,70	18,04	19,12	22,53	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,04
1980	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,60	12,53	13,28	15,21	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,21
1981	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,60	17,93	19,01	22,42	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	15,24
1982	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,60	16,85	17,86	21,07	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	14,35
1983	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	2025-01-01	3 lata	180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1984	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	2024-04-01	3 lata	10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid	4,78	5,16	5,70	8,15	8,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,67
1985	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,60	9,29	9,85	13,76	13,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	4,31
1986	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,02	11,90	12,61	16,62	13,51	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%	7,16

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1987	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,04	23,80	25,23	31,75	27,01	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%	12,84
1988	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,10	37,91	40,19	48,25	40,52	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%	19,89
1989	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,20	12,10	12,82	16,83	13,51	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%	6,63
1990	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,14	23,91	25,35	31,87	27,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	11,66
1991	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,30	35,96	38,12	46,18	40,52	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%	16,04
1992	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,50	12,42	13,17	17,18	13,51	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%	6,95
1993	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,00	11,88	12,59	16,61	14,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	6,08
1994	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,70	11,56	12,25	15,71	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,89
1995	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,19
1996	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,19

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1997	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,31
1998	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990638659	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,56
1999	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990818914	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,24	9,98	10,57	13,83	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,31
2000	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990649112	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,56
2001	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909990649129	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,00	25,92	27,48	34,54	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	11,97
2002	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991296940	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,95	5,35	5,89	9,15	9,15	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%	2,75
2003	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,89	10,68	11,32	14,78	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,72
2004	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,79	10,57	11,21	14,67	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,61
2005	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,74	8,36	8,90	12,36	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	4,30

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2006	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,27	18,65	19,77	23,23	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,65
2007	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2008	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2009	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,93	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,87
2010	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2011	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,89	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,71
2012	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,90	11,77	12,47	15,93	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,87
2013	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,88	23,63	25,05	30,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,67
2014	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,82	35,45	37,57	44,89	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	20,71
2015	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2016	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,24	9,98	10,57	13,83	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,31
2017	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt.	05909990686339	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,63	20,12	21,33	26,79	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,74
2018	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt.	05909990686360	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,94	30,18	31,99	39,05	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,48
2019	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt.	05909990645565	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,47	19,95	21,15	26,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,56
2020	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,61	20,10	21,31	26,77	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,72
2021	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,79	10,57	11,21	14,67	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,61
2022	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,94	21,54	22,83	28,58	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,45
2023	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,97	10,77	11,42	14,88	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,82
2024	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46,0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,65	12,58	13,34	14,74	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2025	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,00	12,96	13,74	15,14	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,41
2026	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva B.V., tabl. powł., 18.5 mg	28 szt.	05909991560768	2025-07-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	27,93	30,16	31,98	40,23	40,23	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2027	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva B.V., tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991560775	2025-07-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	55,89	60,36	63,98	75,83	75,83	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2028	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva B.V., tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991560782	2025-07-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	111,77	120,71	127,96	143,81	143,81	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2029	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18.5 mg	28 szt.	05909991108670	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	149,03	160,95	170,61	178,86	40,23	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	138,63
2030	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	149,03	160,95	170,61	182,46	80,46	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	102,00
2031	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2025-01-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurazydon	149,03	160,95	170,61	186,46	160,92	Schizofrenia u pacjentów od 13-go roku życia po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii co najmniej jednym lekiem przeciwpsychotycznym II generacji		bezpłatny do limitu	25,54
2032	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101	2023-09-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	5,54	5,98	6,52	10,07	10,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2033	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963	2023-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	5,55	5,99	6,53	10,08	10,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2034	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	2025-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwwrobacze - mebendazol	7,70	8,32	8,86	12,41	12,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2035	Megestrolu acetat	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	2024-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	113,00	122,04	129,36	144,99	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,91
2036	Megestrolu acetat	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	2025-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2037	Megestrolu acetat	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	2025-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2038	Megestrolu acetat	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	2025-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	108,00	116,64	123,64	139,27	139,27	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,76
2039	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	2024-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	18,75	20,25	21,47	28,51	28,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,83
2040	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	7,30	7,88	8,42	11,67	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,36
2041	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	9,50	10,26	10,88	15,33	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,67
2042	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	2024-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacię farmaceutyczne	8,70	9,40	9,96	13,21	10,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,11

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2043	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,49	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,73
2044	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,00	9,72	10,30	14,75	14,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,64
2045	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	105,32	120,04	120,04	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2046	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m. FSH + 1200 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 2 amp.-strz.po 1ml	05909990812905	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1143,00	1234,44	1308,51	1349,90	1224,13	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	128,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- zywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeno- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2047	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m. FSH + 600 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 1 amp.-strz.po 1ml	05909990812981	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	571,00	616,68	653,68	682,91	612,07	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	74,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2048	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219338	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,00	149,04	157,98	174,79	153,02	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	24,97
2049	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219307	2024-04-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	69,00	74,52	78,99	91,79	76,50	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	18,49
2050	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2025-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	43,50	53,30	53,30	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	2,88
2051	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2025-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	38,00	41,04	43,50	53,30	53,30	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2052	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	2025-04-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	46,28	39,56	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	8,93
2053	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	2025-07-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	31,63	34,16	36,21	45,07	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,29
2054	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	2025-04-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	84,30	79,13	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,53
2055	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	2025-07-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	62,50	67,50	71,55	84,21	84,21	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	2,88
2056	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	2025-01-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	21,00	22,68	24,04	30,00	21,20	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	10,80
2057	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	2025-07-01	5 lat	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	47,78	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,73
2058	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813	2025-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	124,40	134,35	142,41	154,59	79,13	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	78,66
2059	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315	2025-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	121,35	131,06	138,92	151,06	74,96	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	79,66
2060	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	2025-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	141,28	152,58	161,74	175,20	89,95	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	89,52

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2061	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	2025-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	71,00	76,68	81,28	89,59	36,38	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	56,41
2062	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	333,35	350,81	179,90	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	179,44
2063	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	2024-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	289,31	312,45	331,20	348,66	179,90	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	177,29
2064	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	118,05	127,49	135,14	147,28	74,96	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	75,88
2065	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	2024-10-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	116,86	126,21	133,78	149,92	149,92	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,11
2066	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	2024-10-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	84,78	84,78	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2067	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	2024-10-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	58,43	63,10	66,90	79,04	74,96	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,64
2068	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	2024-10-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	31,50	34,02	36,06	44,92	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,73
2069	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	2025-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	113,19	122,25	129,58	145,51	145,51	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2070	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430	2025-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	123,50	133,38	141,38	154,04	84,78	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	72,46

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2071	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227	2025-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	71,64	77,37	82,02	90,88	42,39	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	51,69
2072	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	37,86	40,89	43,34	51,81	37,48	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	17,53
2073	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,00	5,40	5,94	8,46	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinopomocy w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,54
2074	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,70	9,40	9,96	14,37	14,37	Cukrzyca	zespoły insulinopomocy w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2075	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,15	13,12	13,91	19,79	19,79	Cukrzyca	zespoły insulinopomocy w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2076	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990765379	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,40	2,59	3,13	4,61	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinopomocy w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,75
2077	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990765386	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,35	4,70	5,24	7,76	7,76	Cukrzyca	zespoły insulinopomocy w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2078	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05903792661563	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,08	6,57	7,11	10,66	10,66	Cukrzyca	zespoły insulinopomocy w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2079	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990765393	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,00	4,32	4,86	7,07	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinopomocy w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,37
2080	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990765409	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,50	8,10	8,64	12,60	12,60	Cukrzyca	zespoły insulinopomocy w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2081	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05903792661587	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,33	11,16	11,83	17,05	17,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2082	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,30	13,28	14,08	16,60	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,68
2083	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	24,60	26,57	28,17	32,58	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,55
2084	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,50	24,30	25,76	30,17	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	17,14
2085	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,84	7,39	7,93	9,41	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,55
2086	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,95	13,99	14,83	17,35	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	12,43
2087	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,00	18,36	19,46	23,01	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,04
2088	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,75	10,53	11,17	13,17	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,28
2089	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,05	19,49	20,66	24,21	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,24
2090	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,15	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,12
2091	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,95	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,03

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2092	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,11	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,14
2093	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,65	22,30	23,64	30,64	30,64	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2094	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,65	22,30	23,64	30,64	30,64	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	9,19
2095	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	6,19	8,71	8,12	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,79
2096	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,23	5,65	6,19	8,71	8,12	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,03
2097	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,97	16,23	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,94
2098	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,97	16,23	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,61
2099	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	18,17	24,05	24,05	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2100	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2022-09-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,87	17,14	18,17	24,05	24,05	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,22

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2101	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,32	11,15	11,82	16,23	16,23	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2102	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,32	11,15	11,82	16,23	16,23	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	4,87
2103	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	3,75	5,23	4,06	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,37
2104	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,97	3,21	3,75	5,23	4,06	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	2,39
2105	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	6,94	9,46	8,12	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,54
2106	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,93	6,40	6,94	9,46	8,12	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,78
2107	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	9,10	12,65	12,17	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,68
2108	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2022-09-01/<2>2025-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,93	8,56	9,10	12,65	12,17	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,13
2109	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,55	18,95	20,09	26,55	26,55	<1>Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2110	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,55	18,95	20,09	26,55	26,55	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	7,97
2111	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,39	4,74	5,28	7,49	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,79
2112	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,79	9,49	10,07	14,03	13,80	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,43
2113	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,50	14,58	15,45	20,67	20,67	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2114	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	28,74	31,04	32,90	37,31	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	24,28
2115	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,85	7,40	7,94	9,42	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,56
2116	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,37	15,52	16,45	18,97	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,05
2117	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,28	11,10	11,77	13,77	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,88
2118	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,55	23,27	24,67	28,22	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,25
2119	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,63	28,63	Cukrzyca	zespoły insulinooporności w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2120	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,00	21,60	22,90	29,90	29,90	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2121	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,29	5,71	6,25	8,77	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,85
2122	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2023-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,40	10,15	10,76	15,17	15,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2123	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	16,26	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,23
2124	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,59	16,84	17,85	23,73	23,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2125	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,46
2126	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	2024-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,51	3,79	4,33	5,81	4,06	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	2,67
2127	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,64	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,15
2128	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	2024-04-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,02	7,58	8,12	10,64	8,12	Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	4,46
2129	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,89	5,28	5,82	8,03	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2130	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,69	10,47	11,09	15,05	13,80	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,01
2131	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,54	15,70	16,64	21,86	20,69	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,73
2132	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,80	11,66	12,37	14,89	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,97
2133	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,50	23,22	24,61	29,02	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	15,99
2134	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,79	7,33	7,87	9,35	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,49
2135	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,11	15,24	16,16	18,68	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,76
2136	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,17	22,86	24,24	27,79	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	18,82
2137	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,35	9,02	9,56	11,56	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,67
2138	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,70	18,04	19,12	22,67	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,70
2139	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,05	4,37	4,91	7,43	7,43	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2140	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,17	2,34	2,88	4,36	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,50

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2141	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,44	3,72	4,26	6,47	6,47	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2142	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	08595566456283	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,12	21,73	23,04	30,04	30,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2143	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	08595566456214	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,03	5,43	5,97	8,49	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2144	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	08595566456245	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,06	10,86	11,51	15,92	15,92	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2145	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	08595566456252	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,09	16,30	17,28	23,16	23,16	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2146	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	08595566455996	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,53	2,73	3,27	4,75	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,89
2147	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	08595566456023	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,03	5,43	5,97	8,49	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,57
2148	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	08595566456177	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,10	18,47	19,58	26,04	26,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2149	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	08595566456139	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,55	9,23	9,78	13,74	13,74	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2150	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	08595566456146	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,83	13,86	14,69	19,91	19,91	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2151	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,62	15,79	16,74	21,15	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,12

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2152	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,31	7,89	8,43	10,95	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,03
2153	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	2023-05-01 - dla kolumny 14, 2023-05-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,97	11,85	12,56	16,11	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,14
2154	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,70	22,36	23,70	30,70	30,70	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2155	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,53	16,77	17,78	23,66	23,66	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2156	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,36	11,19	11,86	16,27	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,24
2157	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,77	8,39	8,93	12,48	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,51
2158	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,66	19,07	20,22	26,68	26,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2159	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,25	14,31	15,17	20,39	20,39	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2160	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	41,40	44,71	47,39	54,39	32,46	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	28,33
2161	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,35	11,18	11,85	14,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,45
2162	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,63	23,36	24,76	29,17	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,14

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2163	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,36	5,79	6,33	7,81	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,95
2164	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,05	33,53	35,54	41,42	24,35	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	21,87
2165	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,76	8,38	8,92	10,92	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,03
2166	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,77	11,63	12,33	14,85	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,93
2167	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	21,54	23,26	24,66	29,07	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,04
2168	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,35	5,78	6,32	7,80	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,94
2169	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,70	11,56	12,25	14,77	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,85
2170	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,07	8,72	9,26	11,26	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,37
2171	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,14	17,43	18,48	22,03	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,06
2172	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991488413	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,90	20,41	21,63	28,63	28,63	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2173	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909991488345	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	5,65	8,17	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,25

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2174	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991488376	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	10,82	15,23	15,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2175	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991488390	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,18	15,31	16,23	22,11	22,11	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2176	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991488161	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	10,21	10,82	15,23	15,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2177	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991488086	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,36	2,55	3,09	4,57	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,71
2178	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991488116	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,73	5,11	5,65	8,17	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,25
2179	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991488147	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,09	7,66	8,20	11,75	11,75	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2180	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909991488291	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,07	17,36	18,39	24,85	24,85	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,44
2181	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991488215	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,02	4,34	4,88	7,09	6,90	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,39
2182	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,03	8,67	9,21	13,17	13,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2183	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277	2023-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,05	13,01	13,79	19,01	19,01	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2184	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,60	9,29	9,85	12,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2185	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,20	18,58	19,69	24,10	16,23	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,07
2186	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,30	4,64	5,18	6,66	4,06	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,80
2187	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,60	9,29	9,85	12,37	8,12	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,45
2188	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,45	6,97	7,51	9,51	6,09	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,62
2189	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,90	13,93	14,76	18,31	12,17	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,34
2190	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,25	4,59	5,13	6,18	2,30	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	6,18
2191	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	15,04	16,24	17,22	22,98	22,98	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2192	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	2025-01-01	2 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,55	4,91	5,45	7,11	4,60	Umiarkowany lub silny ból, który nie może być skutecznie leczony nieopiodowymi lekami przeciwbólowymi; nowotwory złośliwe		ryczałt	5,71
2193	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	15,27	16,49	17,49	23,31	23,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2194	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,94	72,30	76,64	89,09	89,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2195	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,25	96,39	102,18	116,29	116,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2196	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,88	144,59	153,26	169,71	169,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2197	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,51	192,79	204,36	222,54	222,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2198	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,13	240,98	255,44	274,90	274,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2199	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,76	289,18	306,54	327,29	327,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2200	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	200,79	216,85	229,87	248,69	248,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2201	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,23	327,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2202	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	334,50	361,26	382,94	405,61	405,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2203	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	401,58	433,71	459,72	484,31	484,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2204	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	468,30	505,76	536,11	562,63	562,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2205	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	612,98	641,42	641,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2206	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	602,10	650,27	689,29	719,66	719,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,52
2207	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	669,30	722,84	766,22	798,06	798,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2208	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	735,90	794,77	842,45	875,69	875,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,08
2209	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	803,16	867,41	919,46	954,10	954,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2210	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	81,44	87,96	93,24	107,35	107,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2211	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	122,16	131,93	139,85	156,30	156,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2212	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	162,88	175,91	186,46	204,64	204,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2213	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	16,73	18,07	19,15	24,97	23,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,86
2214	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	22,31	24,09	25,54	32,49	31,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,61
2215	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	27,88	30,11	31,91	39,73	38,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,08
2216	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	33,47	36,15	38,32	47,02	46,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,60
2217	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	39,03	42,15	44,68	54,21	54,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2218	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	44,62	48,19	51,08	61,19	61,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2219	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	50,18	54,19	57,45	68,15	68,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2220	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	55,78	60,24	63,86	75,14	75,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2221	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,93	72,28	76,63	89,08	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2222	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,93	72,28	76,63	89,08	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2223	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	89,24	96,38	102,16	116,27	116,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2224	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,86	144,57	153,24	169,69	169,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2225	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,48	192,76	204,33	222,51	222,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2226	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	223,10	240,95	255,41	274,87	274,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2227	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,23	327,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2228	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	133,86	144,57	153,24	169,69	169,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2229	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	178,48	192,76	204,33	222,51	222,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2230	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	267,72	289,14	306,48	327,23	327,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2231	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	356,96	385,52	408,65	431,96	431,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2232	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	446,20	481,90	510,81	536,69	536,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2233	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	535,44	578,28	612,98	641,42	641,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2234	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	325,76	351,82	372,93	396,24	396,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2235	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	407,20	439,78	466,16	492,04	492,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2236	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	488,64	527,73	559,40	587,84	587,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2237	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	83,50	90,18	95,59	109,70	109,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2238	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	129,00	139,32	147,68	164,13	164,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2239	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	175,50	189,54	200,91	219,09	219,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2240	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	222,00	239,76	254,15	273,61	273,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2241	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	61,50	66,42	70,41	82,86	82,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2242	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	66,00	71,28	75,56	88,57	88,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	42,67
2243	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570	2023-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	17,10	18,47	19,58	25,75	22,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,28
2244	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,25	298,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2245	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	80,80	87,26	92,50	106,61	106,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2246	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	301,67	325,80	345,35	368,02	368,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2247	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	101,00	109,08	115,62	130,90	130,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2248	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	363,60	392,69	416,25	440,84	440,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2249	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	121,20	130,90	138,75	155,20	155,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2250	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	422,33	456,12	483,48	510,00	510,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2251	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	141,40	152,71	161,87	179,41	179,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2252	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	484,80	523,58	555,00	583,44	583,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2253	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	161,60	174,53	185,00	203,18	203,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2254	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	606,00	654,48	693,75	725,59	725,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2255	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	202,00	218,16	231,25	250,71	250,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2256	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	724,00	781,92	828,84	863,48	863,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2257	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	242,40	261,79	277,50	298,25	298,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2258	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	181,00	195,48	207,21	226,03	226,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2259	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	60,60	65,45	69,38	81,83	81,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2260	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991459857	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2261	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991462260	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2262	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991462253	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,58	29,79	31,57	39,76	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,93
2263	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991456658	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2264	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991451691	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2265	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991520793	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2266	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991481384	2025-07-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	27,59	29,80	31,59	39,78	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	11,95
2267	Methylodopum	Dopegyt, tabl., 250 mg	50 szt.	05909990156511	2025-01-01	2 lata	271.0, Leki antyadrenergiczne o działaniu ośrodkowym - metyldopa	36,80	39,74	42,13	50,32	39,76	Nadciśnienie tętnicze w ciąży		30%	22,49
2268	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	34,00	36,72	38,92	48,09	48,09	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2269	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	64,00	69,12	73,27	86,34	86,34	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,84
2270	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	18,50	19,98	21,18	27,81	27,81	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20
2271	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	25,50	27,54	29,19	38,88	38,88	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,20
2272	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	9,25	9,99	10,59	14,69	13,91	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	3,98
2273	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	27,50	29,70	31,48	38,11	27,81	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	13,50
2274	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	54,50	58,86	62,39	72,08	55,62	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	19,66
2275	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	72,00	77,76	82,43	94,23	83,43	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	14,00
2276	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266	2025-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	94,50	102,06	108,18	121,87	111,24	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD, wg ICD-10 F90) wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego oddziaływania psychospołeczne) leczenia u dzieci powyżej 6 r.ż.		ryczałt	14,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2277	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fioł.po 1 ml	05909990154814	2025-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postaci o przedłużonym uwalnianiu	9,70	10,48	11,10	15,33	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,67
2278	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fioł.po 1 ml	05909990236312	2025-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postaci o przedłużonym uwalnianiu	10,00	10,80	11,45	15,68	15,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,02
2279	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	30,00	32,40	34,34	44,12	44,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2280	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	7,02	9,74	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,61
2281	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	2025-04-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,68	24,49	25,96	33,31	33,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2282	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	2025-04-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,00	6,48	7,02	9,74	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,61
2283	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	2024-07-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	11,34	12,25	12,98	17,68	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,43
2284	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	22,69	24,51	25,97	33,32	33,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2285	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	2025-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	5,98	6,46	7,00	9,72	8,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,59
2286	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,00	7,56	8,10	10,71	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasistolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2287	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,10	5,51	6,05	7,58	4,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,75
2288	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	5,20	5,62	6,16	8,77	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2289	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,99	6,47	7,01	9,91	9,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,67
2290	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,97	19,41	20,57	27,17	27,17	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,33
2291	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,85	21,44	22,72	29,32	29,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,92
2292	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391	2024-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	35,10	37,91	40,19	49,85	49,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,46
2293	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,83	9,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,66
2294	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,70	19,12	20,26	26,86	26,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,25
2295	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	12,30	13,28	14,08	19,04	19,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,14
2296	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2024-07-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	18,45	19,93	21,12	27,72	27,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,49
2297	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990883813	2025-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	5,92	6,39	6,93	9,83	9,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	2,95
2298	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2025-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	17,74	19,16	20,30	26,90	26,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,07
2299	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2025-04-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	34,85	37,64	39,90	49,56	49,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,87
2300	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	2024-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,53	7,05	7,59	10,49	9,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,55
2301	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	2024-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,45	21,01	22,27	28,87	28,87	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,66

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2302	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	2024-04-01	3 lata	59.0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwwgrzybiczym	18,00	19,44	20,61	27,15	27,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,22
2303	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599	2025-01-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,77	274,77	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2304	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991449568	2025-01-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,77	274,77	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2305	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575	2025-01-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,77	274,77	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2306	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582	2025-01-01	2 lata	259.0, Leki nasenne i uspokajające - midazolam	222,50	240,30	254,72	274,77	274,77	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2307	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	254,72	274,77	274,77	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2308	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	254,72	274,77	274,77	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2309	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	254,72	274,77	274,77	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2310	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	254,72	274,77	274,77	Przedłużone, ostre napady drgawkowe u niemowląt, dzieci i młodzieży (od 6 miesięcy do 18 lat)		ryczałt	3,20
2311	mieszanek alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol. po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	2025-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	248,42	268,30	268,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- ywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadzenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2312	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991061210	<1>2024-04-01/<2>2025-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	96,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- ywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2313	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991061227	<1>2024-04-01/<2>2025-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	96,81
2314	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990094813	2025-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	15,00	16,20	17,17	22,06	18,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,02
2315	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813	2025-01-01	3 lata	227.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,00	12,96	13,74	18,63	18,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,59
2316	Modafinilum	Actimodan, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991443856	2025-07-01	2 lata	185.2, Leki psychoanaleptyczne - modafinil	414,00	447,12	473,95	500,03	500,03	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		30%	150,01
2317	Modafinilum	Actimodan, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991443849	2025-07-01	2 lata	185.2, Leki psychoanaleptyczne - modafinil	132,00	142,56	151,11	167,67	150,01	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomnograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		30%	62,66
2318	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366	2024-10-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,60	12,53	13,28	17,46	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,91

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2319	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	2024-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	10,84	11,71	12,41	17,12	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,77
2320	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	12,42	16,60	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,05
2321	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	26,05	33,41	33,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,71
2322	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	22,90	30,00	30,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,00
2323	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	16,03	20,74	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,39
2324	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	12,02	16,51	15,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,71
2325	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	2024-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,46	12,38	13,12	17,83	16,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,48
2326	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawieszina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275	2023-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	9,55	10,31	10,93	15,11	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,56
2327	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawieszina, 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	10,93	15,11	15,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,56
2328	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawieszina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	2024-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	19,10	20,63	21,87	28,60	28,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,30
2329	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 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	17,52	23,35	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,01
2330	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,59	20,08	21,29	27,12	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,70
2331	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,06	11,94	12,66	15,56	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,12

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2332	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	2024-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,45	14,53	15,40	18,92	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,67
2333	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,86	22,53	23,88	29,71	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,03
2334	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,06	11,94	12,66	15,56	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,12
2335	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,85	14,96	15,85	19,37	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,07
2336	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	17,63	19,04	20,19	26,02	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,68
2337	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,39	10,14	10,75	13,65	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,11
2338	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,95	12,91	13,68	17,20	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,02
2339	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,53	14,61	15,49	21,32	21,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,40
2340	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	5,41	5,84	6,38	9,28	9,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	2,78

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2341	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857	2024-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,77	7,31	7,85	11,37	11,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,41
2342	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 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	17,34	23,17	23,17	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,95
2343	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235	2023-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,60	15,77	16,72	22,55	22,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,77
2344	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,30	16,52	17,52	23,35	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,01
2345	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013	2025-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,45	15,61	16,55	22,69	22,69	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,81
2346	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 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	16,60	22,74	22,74	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,82
2347	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 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	33,20	42,28	42,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	12,68
2348	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	35,70	38,56	40,87	49,95	49,95	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	14,99
2349	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	2025-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	10,88	13,78	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,24

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2350	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	2025-04-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,09	9,82	10,41	13,93	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,75
2351	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	19,92	25,75	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,41
2352	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	7,67	10,57	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,03
2353	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	9,22	12,74	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,56
2354	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,00	19,44	20,61	26,44	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,10
2355	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,50	10,26	10,88	13,78	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,24
2356	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076	2025-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,99	12,95	13,73	17,25	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,07
2357	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 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	17,69	23,52	23,35	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,18
2358	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	7,51	10,41	9,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,87

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2359	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	9,20	12,72	11,68	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,54
2360	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,45	6,78	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,87
2361	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,80	6,26	6,80	9,45	6,78	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,67
2362	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,45	67,80	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,85
2363	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	49,55	53,51	56,72	68,45	67,80	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,65
2364	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,13	111,13	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2365	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	83,33	90,00	95,40	111,13	111,13	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2366	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,25	20,34	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,11
2367	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	15,80	17,06	18,09	24,25	20,34	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,91
2368	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	40,03	40,03	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2369	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	27,02	29,18	30,93	40,03	40,03	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2370	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	15,67	19,55	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,79
2371	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	13,69	14,79	15,67	19,55	12,98	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,91
2372	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	19,61	25,96	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
2373	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2024-04-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	17,13	18,50	19,61	25,96	25,96	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2374	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,76	13,56	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,40
2375	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	11,50	12,42	13,17	17,76	13,56	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,20
2376	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	109,83	118,62	125,73	141,46	135,60	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,26
2377	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	109,83	118,62	125,73	141,46	135,60	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,86
2378	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,20	271,20	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,80
2379	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	219,46	237,02	251,24	271,20	271,20	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2380	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,79	40,68	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,31
2381	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	32,92	35,55	37,69	46,79	40,68	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,11
2382	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,36	81,36	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,84
2383	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	65,84	71,11	75,37	88,36	81,36	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,00
2384	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	19,34	25,63	25,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,69
2385	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	19,34	25,63	25,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2386	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,78	70,78	<1>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2387	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2025-01-01	<1>2 lata/<2>3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o niemodyfikowanym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,78	70,78	<2>Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2388	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	2025-01-01 - dla kolumny 14; <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14; <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	193,74	209,24	221,79	235,93	110,77	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczień rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	128,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2389	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,60	107,57	114,03	126,18	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	50,26
2390	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	99,60	107,57	114,03	126,18	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	50,26
2391	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2024-07-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,12	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20
2392	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2024-07-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 3 miesiące/<2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	58,50	63,18	66,97	79,12	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2393	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990715268	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1><2><4>2025-07-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	65,00	70,20	74,41	86,56	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	10,64
2394	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,50	66,42	70,41	82,56	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	6,64
2395	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2><4>2025-01-01/<3>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	61,50	66,42	70,41	82,56	79,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego; <4> miastenia	ryczałt	6,64
2396	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,25	12,15	12,88	14,73	5,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,08
2397	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	42,23	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,26

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2398	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	62,70	67,72	71,78	80,45	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	40,18

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2399	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	79,80	86,18	91,36	101,45	57,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	46,69

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2400	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	119,70	129,28	137,03	149,44	86,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	65,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2401	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	152,00	164,16	174,01	188,10	115,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	75,38

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2402	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	182,63	197,24	209,08	225,49	173,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	55,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2403	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe	245,60	265,25	281,17	299,32	231,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po 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 żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży i porożu - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	73,17
2404	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powł., 200 µg	28 szt.	05060431940073	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych	192,00	207,36	219,80	238,89	238,89	Leczenie zaparcí indukowanych opioidami u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową i uprzednio leczonych bezskutecznie środkami przeczyszczającymi, u których nie jest stosowany inny antagonist opioidowy zarówno osobno jak i w połączeniu		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2405	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,49	14,57	15,44	19,89	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,73
2406	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	2024-04-01	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	31,18	38,22	31,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,05
2407	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,23	7,81	8,35	10,90	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,92
2408	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	2025-01-01	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	23,76	29,70	23,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,75
2409	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,49	15,65	16,59	21,04	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,07
2410	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,20	7,78	8,32	10,87	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,20
2411	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	2025-01-01	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	13,74	17,68	13,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,94

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2412	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	2025-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,20	7,78	8,32	10,87	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,20
2413	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	15,45	19,90	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,93
2414	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	5,78	6,32	8,87	7,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,89
2415	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	2023-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,70	11,56	12,25	16,70	15,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,73
2416	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	2025-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	8,00	8,64	9,18	12,03	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,63
2417	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	2025-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	12,00	12,96	13,74	18,63	18,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,39
2418	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,98	7,54	8,08	10,07	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,44
2419	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,50	16,74	17,74	22,48	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,35

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2420	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,90	15,01	15,91	19,43	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,23
2421	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2024-04-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	42,89	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,82
2422	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	10 szt.	05909991023782	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	7,91	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,99
2423	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909991023799	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	14,92	11,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,08
2424	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	30 szt.	05909991023805	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,94	16,14	17,11	21,85	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,09
2425	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836	2025-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	29,88	32,27	34,20	41,60	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,07
2426	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powł., 35 mg	4 szt.	05909990082599	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	9,63	10,40	11,03	14,63	12,60	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	5,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2427	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	34,34	43,13	43,13	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2428	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	30,00	32,40	34,34	43,13	43,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2429	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,91	70,91	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2430	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2025-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	52,00	56,16	59,53	70,91	70,91	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2431	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,92	34,92	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2432	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2024-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	23,60	25,49	27,02	34,92	34,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2433	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	7,76	8,38	8,92	10,66	4,58	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,28
2434	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	11,89	12,84	13,61	16,29	7,93	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,56

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2435	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	8,32	11,79	11,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2436	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	2025-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,47	10,23	10,84	14,31	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,23
2437	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,05	8,69	9,23	12,91	12,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2438	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	2024-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,00	17,28	18,32	24,39	24,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2439	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,56	8,16	8,70	12,17	12,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2440	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,22	16,44	17,42	23,18	23,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2441	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,44	32,88	34,85	43,47	43,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,76
2442	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,43	12,34	13,09	16,56	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,73
2443	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,98	18,34	19,44	25,20	24,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,95
2444	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,18	13,15	13,94	17,41	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,50
2445	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	2024-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,52	12,44	13,19	16,66	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,58
2446	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,95	11,83	12,54	16,01	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,93
2447	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990673865	2025-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	16,06	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,98

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2448	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	2023-03-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,90	9,61	10,18	13,65	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,57
2449	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	15,20	16,42	17,40	23,16	23,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2450	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	8,77	12,24	12,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2451	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	2023-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,05	8,69	9,23	12,91	12,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2452	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	2024-10-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	28,50	30,78	32,63	40,70	40,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2453	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	2024-10-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,50	9,18	9,73	13,41	13,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,45
2454	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,40	15,55	16,48	22,24	22,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,37
2455	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526	2025-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	28,80	31,10	32,97	41,59	41,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,76
2456	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	2024-04-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,08	14,13	14,97	18,44	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,42
2457	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	2025-01-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,70	12,64	13,39	18,19	18,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,10
2458	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990694778	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,55	3,83	4,37	5,97	4,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,51
2459	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990694785	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,10	7,67	8,21	10,96	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,84

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2460	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990694761	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,20	5,62	6,16	8,91	8,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	3,20
2461	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990694754	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,48	11,32	12,00	16,74	16,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,40
2462	Norethisteroni acetat + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	0590999067794	2025-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	16,80	18,14	19,23	23,63	16,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,30
2463	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	40,00	43,20	45,79	53,70	30,61	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	26,29
2464	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	30,00	32,40	34,34	39,50	15,30	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	27,40
2465	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	519,22	560,76	594,40	623,80	612,24	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym 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 prąjelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2466	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2025-01-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-01-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1038,45	1121,53	1188,82	1230,45	1224,49	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekreacji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,16
2467	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1557,67	1682,28	1783,22	1836,73	1836,73	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekreacji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2468	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,20	55,30	58,61	72,30	72,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2469	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,50	27,54	29,19	38,88	38,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2470	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2022-11-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,80	72,14	76,47	89,84	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,13

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2471	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	79,22	92,59	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,88
2472	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2022-11-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,50	144,18	152,83	170,20	170,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2473	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2022-11-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	133,60	144,29	152,95	170,32	170,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2474	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,40	149,47	158,44	175,81	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2475	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,60	37,37	39,61	49,00	43,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,25
2476	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	79,22	92,59	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,88
2477	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,40	63,07	66,85	80,22	80,22	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2478	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,50	63,18	66,97	80,34	80,34	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2479	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,80	86,18	91,36	106,75	106,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2480	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,40	114,91	121,80	139,17	139,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2481	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,20	31,54	33,43	42,82	42,82	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2482	Olanzapinum	Olanzapina Viatrix, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,25	31,59	33,49	42,88	42,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2483	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	77,85	91,54	91,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2484	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,61	47,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,25
2485	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365	<1>2025-07-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,30	74,84	79,34	92,71	87,91	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2486	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	<1>2025-07-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,30	74,84	79,34	92,71	87,91	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,00
2487	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	241,00	260,28	275,90	296,57	296,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2488	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	244,00	263,52	279,33	300,00	300,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45
2489	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,73	148,75	157,67	175,04	175,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2490	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341	<1>2025-07-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,58	36,27	38,44	47,83	43,95	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,08
2491	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,50	130,14	137,95	154,33	153,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,73
2492	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,08	130,77	138,61	154,99	153,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,39

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2493	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,90	40,93	43,38	56,75	56,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2494	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,85	61,40	65,08	80,47	80,47	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2495	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	2022-11-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,95	20,47	21,70	31,09	31,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2496	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,80	77,54	82,20	95,57	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,86
2497	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,20	117,94	125,01	140,40	131,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,02
2498	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	184,06	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,22
2499	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,90	38,77	41,09	50,48	43,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,73
2500	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	184,00	198,72	210,64	231,31	231,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,45

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2501	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	79,77	79,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2502	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,00	62,64	66,40	79,77	79,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2503	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,60	28,73	30,46	39,85	39,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2504	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	67,20	72,58	76,93	90,30	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,59
2505	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	44,88	43,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,13
2506	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,89	83,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2507	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,65	43,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,90
2508	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,60	66,53	70,52	83,89	83,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2509	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	92,40	99,79	105,78	121,17	121,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,48
2510	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	123,20	133,06	141,04	158,41	158,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2511	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,80	33,26	35,26	44,65	43,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,90
2512	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,00	69,12	73,27	86,64	86,64	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	2,88
2513	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,00	33,48	35,49	44,88	43,95	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,72
2514	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	286,72	309,66	328,23	349,99	349,99	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76
2515	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	274,20	296,14	313,90	336,29	336,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,80
2516	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2517	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,10	80,03	84,83	98,52	94,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,54
2518	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,04	156,64	166,04	183,41	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,57
2519	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	155,40	167,83	177,90	195,62	188,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,65
2520	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	233,10	251,75	266,86	286,91	282,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,96
2521	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991530945	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,50	111,78	118,49	133,88	131,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,50
2522	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991530969	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,00	149,04	157,98	175,35	175,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2523	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	143,36	154,83	164,12	181,49	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,48
2524	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	137,10	148,07	156,96	174,68	174,68	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2525	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,01	38,89	41,22	50,61	43,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,87
2526	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,50	41,58	44,07	53,76	47,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,87
2527	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,52	78,32	83,02	96,39	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,68
2528	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272	2024-10-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,70	83,92	88,95	102,64	94,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,66
2529	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	116,55	125,87	133,42	149,24	141,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,76
2530	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,32	81,35	86,23	99,60	87,91	Schizofrenia	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,40
2531	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	2023-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,90	44,17	46,82	60,19	60,19	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2532	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,90	47,41	50,25	63,62	63,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2533	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,00	59,40	62,96	76,33	76,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2534	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,54	87,91	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,15
2535	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,28	73,74	78,17	91,54	87,91	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,15
2536	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,84	219,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,50
2537	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	178,49	192,77	204,34	222,84	219,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,50
2538	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,43	110,62	117,27	132,66	131,86	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,75
2539	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	267,74	289,16	306,50	327,72	327,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,08
2540	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	136,57	147,50	156,34	173,71	173,71	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37
2541	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	356,99	385,55	408,68	432,62	432,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2542	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,90	23,65	25,07	34,46	34,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2543	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,95	23,71	25,13	34,52	34,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2544	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,48	43,95	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,96
2545	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,14	36,87	39,09	48,48	43,95	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,96
2546	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,58	109,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,39
2547	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	2024-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	89,25	96,39	102,18	116,58	109,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,39
2548	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	312,48	337,48	357,73	380,12	376,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,56
2549	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	106,07	94,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,58

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2550	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,70	87,16	92,38	106,07	94,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,58
2551	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	242,10	261,47	277,16	297,21	282,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	21,83
2552	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,15	126,52	134,11	149,93	141,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,11
2553	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	351,45	379,57	402,34	425,89	423,83	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,81
2554	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,20	168,70	178,82	196,54	188,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,11
2555	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	468,60	506,09	536,46	563,51	563,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,28
2556	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,24	168,74	178,86	196,58	188,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,15
2557	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,03	39,99	42,39	52,08	47,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,37
2558	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,35	43,58	46,19	55,88	47,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,79

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2559	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,05	130,73	138,57	154,39	141,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,12
2560	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,55	59,99	63,59	75,41	70,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,17
2561	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	291,65	314,98	333,88	355,64	351,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,37
2562	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,75	80,73	85,58	98,95	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,82
2563	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	219,97	237,57	251,82	271,41	263,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,99
2564	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	437,47	472,47	500,82	526,94	526,94	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,13
2565	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,13	121,10	128,37	143,76	131,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,74
2566	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	329,96	356,36	377,74	400,59	395,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,61
2567	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	583,30	629,96	667,76	698,24	698,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	21,50

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2568	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,51	161,47	171,16	188,53	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,82
2569	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	439,94	475,14	503,65	529,77	527,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	18,23
2570	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,82	157,49	166,94	184,31	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,02
2571	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,37	40,36	42,78	52,17	43,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,28
2572	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,98	118,78	125,91	141,30	131,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,53
2573	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,17	79,02	83,76	97,45	94,18	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,82
2574	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	229,49	247,85	262,72	282,77	282,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,84
2575	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,90	127,33	134,97	150,79	141,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,88
2576	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	346,95	374,71	397,19	420,74	420,74	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2577	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	162,00	174,96	185,46	203,18	188,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	19,09
2578	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	466,20	503,50	533,70	560,75	560,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,28
2579	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,29	39,19	41,55	51,24	47,09	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,62
2580	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,21	121,19	128,46	144,28	141,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,02
2581	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,96	77,72	82,38	95,75	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,94
2582	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	145,60	157,25	166,69	184,06	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,80
2583	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	110,88	119,75	126,93	142,32	131,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,45
2584	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	222,60	240,41	254,84	274,43	263,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	17,70
2585	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,52	161,48	171,17	188,54	175,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	16,83

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2586	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	299,04	322,96	342,34	364,10	351,62	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	21,99
2587	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,16	36,89	39,11	48,50	43,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,98
2588	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,12	76,81	81,42	94,79	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,07
2589	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,25	62,91	66,69	80,06	80,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2590	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,00	120,96	128,22	145,59	145,59	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,97
2591	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2> <3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,80	31,10	32,97	42,36	42,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2592	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,16	74,69	79,17	92,54	87,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,05
2593	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,74	112,04	118,76	134,15	131,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,09
2594	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyschotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,32	149,39	158,35	175,72	175,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2595	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.2, Leki przeciwpyszchotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,58	37,35	39,58	48,97	43,95	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>choroba Huntingtona; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Jadłowstręt psychiczny (F50.0; F50.1 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.z.	ryczałt	7,40
2596	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686803	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpyszchotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	420,28	453,90	481,14	507,54	507,51	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychicznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,23
2597	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686827	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpyszchotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	605,60	654,05	693,30	725,02	725,02	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychicznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
2598	Olanzapinum	Zypadhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686834	2024-10-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpyszchotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	817,60	883,01	935,99	972,56	972,56	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychicznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	4,32
2599	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto RespiMAT, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	2024-04-01	1 rok 9 miesięcy	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	141,75	153,09	162,28	177,68	134,41	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	83,59
2600	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto RespiMAT, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034	2025-07-01	6 miesięcy	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	136,60	147,53	156,38	171,78	134,41	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	77,69
2601	Omeprazolom	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,00	7,56	8,10	11,95	11,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
2602	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,43	14,50	15,38	19,23	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,01
2603	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	18,10	19,55	20,73	27,03	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,58

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2604	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,20	30,46	32,28	41,55	41,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,78
2605	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,50	11,34	12,02	15,87	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,65
2606	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	21,00	22,68	24,04	30,34	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,89
2607	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,50	8,10	8,64	12,49	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,27
2608	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,90	6,37	6,91	9,06	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,95
2609	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,62	13,63	14,45	18,30	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,08
2610	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	33,94	36,66	38,86	46,99	40,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	26,98
2611	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,31	20,85	22,11	28,41	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,96
2612	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,28	4,62	5,16	9,21	9,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,61
2613	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,98	6,46	7,00	10,85	10,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,43
2614	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,76	12,70	13,47	19,77	19,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2615	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,95	16,15	17,12	20,97	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	14,75
2616	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,90	24,73	26,21	32,51	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,06
2617	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,00	14,04	14,88	18,73	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,51
2618	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,80	5,18	5,72	9,57	9,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,79
2619	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	9,18	15,48	15,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,74
2620	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,92	11,79	12,51	16,36	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,14
2621	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	20,90	22,57	23,92	30,22	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,77
2622	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2623	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	15,95	17,23	18,26	24,27	22,72	Nowotwory złośliwe		ryczałt	4,75
2624	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	25,90	27,97	29,65	38,58	38,58	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2625	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2024-07-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	2,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2626	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	15,95	17,23	18,26	24,27	22,72	Nowotwory złośliwe		ryczałt	4,75
2627	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2628	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	2025-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	31,90	34,45	36,51	45,44	45,44	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2629	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	16,50	17,82	18,89	25,06	22,14	Padaczka		ryczałt	6,12
2630	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	33,00	35,64	37,78	46,90	44,29	Padaczka		ryczałt	5,81
2631	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854	2023-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	66,00	71,28	75,56	88,57	88,57	Padaczka		ryczałt	3,20
2632	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	2022-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,77	38,63	40,95	50,07	44,29	Padaczka		ryczałt	8,98
2633	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	84,72	97,73	88,57	Padaczka		ryczałt	12,36
2634	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615	2025-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,25	38,07	40,36	49,48	44,29	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	8,39
2635	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	2025-01-01	3 lata	160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - płynne postacie farmaceutyczne	62,78	67,80	71,87	84,51	84,51	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
2636	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714	2025-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	70,49	76,13	80,70	93,71	88,57	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	8,34

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2637	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	2025-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	14,60	15,77	16,72	21,41	17,65	Stwardnienie rozsiane		30%	9,06
2638	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	5,66	6,11	6,65	9,37	8,83	Stwardnienie rozsiane		30%	3,19
2639	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofam, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	2023-09-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	11,32	12,23	12,96	17,65	17,65	Stwardnienie rozsiane		30%	5,30
2640	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	37,09	45,46	35,32	Nowotwory złośliwe		ryczałt	13,34
2641	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	32,40	34,99	37,09	45,46	35,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,34
2642	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	74,19	86,20	70,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	18,76
2643	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	64,80	69,98	74,19	86,20	70,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,76
2644	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	128,00	138,24	146,53	162,54	141,28	Nowotwory złośliwe		ryczałt	24,67
2645	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	128,00	138,24	146,53	162,54	141,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,67
2646	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	18,89	24,44	17,66	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,98
2647	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	16,50	17,82	18,89	24,44	17,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,98
2648	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	256,00	276,48	293,07	313,33	282,56	Nowotwory złośliwe		ryczałt	37,60
2649	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	256,00	276,48	293,07	313,33	282,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	37,60
2650	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	32,79	41,16	35,32	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,04
2651	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	28,64	30,93	32,79	41,16	35,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,04
2652	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	65,58	77,59	70,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	10,15
2653	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	57,28	61,86	65,58	77,59	70,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2654	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	131,14	147,15	141,28	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,28
2655	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	114,56	123,72	131,14	147,15	141,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,28
2656	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	16,39	21,94	17,66	Nowotwory złośliwe		ryczałt	7,48
2657	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	14,32	15,47	16,39	21,94	17,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,48
2658	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	262,30	282,56	282,56	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,83
2659	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2025-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	229,12	247,45	262,30	282,56	282,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2660	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	31,47	39,84	35,32	Nowotwory złośliwe		ryczałt	7,72
2661	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	27,49	29,69	31,47	39,84	35,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,72
2662	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2023-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	58,74	63,44	67,24	79,25	70,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	11,81
2663	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	67,24	79,25	70,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,81
2664	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	142,53	158,54	141,28	Nowotwory złośliwe		ryczałt	20,67
2665	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	142,53	158,54	141,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,67
2666	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	18,09	23,64	17,66	Nowotwory złośliwe		ryczałt	9,18
2667	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	18,09	23,64	17,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,18
2668	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	296,73	316,99	282,56	Nowotwory złośliwe		ryczałt	41,26
2669	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	296,73	316,99	282,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	41,26

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2670	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	77,80	90,19	86,68	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	3,51
2671	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	163,95	180,34	173,36	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	6,98
2672	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	327,92	348,60	346,72	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	1,88
2673	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	38,90	47,55	43,34	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	4,21
2674	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	30,30	32,72	34,69	43,34	43,34	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2675	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	60,60	65,45	69,38	81,77	81,77	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2676	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	121,20	130,90	138,75	155,14	155,14	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2677	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	17,10	18,47	19,58	25,37	21,67	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	3,70
2678	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	72,69	78,51	83,21	95,60	86,68	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	8,92
2679	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	134,24	144,98	153,67	170,06	170,06	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00
2680	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	268,38	289,85	307,24	327,92	327,92	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopiodowe		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2681	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	2025-07-01	2 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	33,56	36,24	38,42	47,07	43,34	Ból w przebiegu chorób nowotworowych i nienowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopioidowe		bezpłatny do limitu	3,73
2682	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188713	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,60	485,60	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2683	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188720	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,18	729,18	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2684	Paliperidonum	Egoropal, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05995327188706	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,13	365,13	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2685	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009065	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,60	485,60	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2686	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009058	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,18	729,18	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2687	Paliperidonum	Palifren Long, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009089	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpsychotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	196,00	211,68	224,38	243,60	243,60	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2688	Paliperidonum	Palifren Long, zawieszina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz.+ 2 igły	05900411009072	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,13	365,13	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów pszotycznych w wyniku udokumentowanego, uporzecznego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2689	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawieszina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. 1 ml	05909991475468	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	402,00	434,16	460,21	485,60	485,60	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów pszotycznych w wyniku udokumentowanego, uporzecznego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2690	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawieszina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. 1,5 ml	05909991475475	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	609,60	658,37	697,87	729,18	729,18	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów pszotycznych w wyniku udokumentowanego, uporzecznego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2691	Paliperidonum	Paliperidone Teva, zawieszina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. 0,75 ml	05909991475420	2023-03-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	299,46	323,42	342,82	365,13	365,13	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperydonem, w przypadku nawrotu objawów pszotycznych w wyniku udokumentowanego, uporzecznego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
2692	Paliperidonum	Trevicta, zawieszina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg	1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły	05909991281465	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1108,78	1197,48	1269,33	1310,78	1281,34	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	29,44
2693	Paliperidonum	Trevicta, zawieszina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg	1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły	05909991281472	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	1475,56	1593,60	1689,22	1738,48	1705,20	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	33,28
2694	Paliperidonum	Trevicta, zawieszina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg	1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły	05909991281489	2024-01-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	2213,33	2390,40	2533,82	2598,79	2557,80	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperydonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	40,99

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2695	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861194	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	470,00	507,60	538,06	563,45	487,20	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	76,25
2696	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861200	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	715,95	773,23	819,62	850,93	730,80	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	120,13
2697	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861187	2022-09-01	3 lata	178.14, Leki przeciwpyszotyczne - paliperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	352,47	380,67	403,51	425,82	365,40	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	60,42
2698	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164	2025-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,48	48,48	<2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	13,09
2699	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164	2025-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	34,21	36,95	39,16	48,48	48,48	<1>Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2700	Pantoprazolum	Anestoloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,06	8,70	9,24	11,39	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,45
2701	Pantoprazolum	Anestoloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,97	15,09	15,99	19,84	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,26
2702	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,20	17,50	18,54	24,84	24,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,18
2703	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,09	3,34	3,88	5,18	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2704	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	32,40	34,99	37,09	46,36	46,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,86
2705	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,01	6,49	7,03	9,18	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,07
2706	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,02	3,26	3,80	5,10	3,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,55
2707	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,04	6,52	7,06	9,21	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,10
2708	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,60	6,05	6,59	8,74	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,63
2709	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,20	12,10	12,82	16,67	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,45
2710	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,42	4,77	5,31	7,46	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,35
2711	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,48	9,16	9,71	13,56	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,34
2712	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,78	7,32	7,86	10,01	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,90
2713	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,36	14,43	15,29	19,14	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,92
2714	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,00	5,40	5,94	8,09	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,98

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2715	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,00	10,80	11,45	15,30	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,08
2716	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,13	15,26	16,18	21,53	20,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,53
2717	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	28,26	30,52	32,36	40,49	40,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,48
2718	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,60	12,53	13,28	17,13	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,91
2719	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,88	6,35	6,89	9,04	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,93
2720	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,78	7,32	7,86	11,71	11,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,86
2721	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,76	12,70	13,47	17,32	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,10
2722	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,56	14,64	15,52	21,82	21,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,91
2723	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	23,20	25,06	26,56	32,86	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,41
2724	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,00	4,32	4,86	7,01	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,90
2725	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,79	9,49	10,07	13,92	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2726	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,00	8,64	9,18	13,03	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,81
2727	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,58	18,99	20,12	26,42	24,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,97
2728	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,45	3,73	4,27	6,42	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,31
2729	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,81	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,59
2730	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,06	5,46	6,00	8,15	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,04
2731	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,15	10,96	11,62	15,47	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,25
2732	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,25	4,59	5,13	7,28	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,17
2733	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,35	9,02	9,56	13,41	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,19
2734	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,50	9,18	9,73	13,58	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,36
2735	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,20	4,54	5,08	7,23	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,12
2736	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,30	8,96	9,50	13,35	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,13

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2737	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,90	4,21	4,75	6,90	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,79
2738	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,81	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,59
2739	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,80	8,42	8,96	12,81	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,59
2740	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,82	14,93	15,82	22,12	22,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,06
2741	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,80	7,34	7,88	10,03	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,92
2742	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,81	9,51	10,09	13,94	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,72
2743	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,60	14,69	15,57	19,42	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,20
2744	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,35	5,78	6,32	8,47	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,36
2745	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	2,0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,70	11,56	12,25	16,10	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,88
2746	Paroxetineum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	11,75	12,69	13,46	17,58	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,78
2747	Paroxetineum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990425877	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,00	14,04	14,88	19,00	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2748	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990425884	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	26,00	28,08	29,76	36,41	28,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,81
2749	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 tabl.	05909991323615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,30	8,96	9,50	13,62	13,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,09
2750	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	60 tabl.	05909991323646	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,66	25,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,70
2751	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05909990798360	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	27,66	29,87	31,67	40,46	40,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,14
2752	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990798346	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,50	9,18	9,73	13,85	13,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,16
2753	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990010189	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,20	14,26	15,11	19,23	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,43
2754	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990010202	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	26,40	28,51	30,22	36,87	28,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,27
2755	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991006310	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,40	13,39	14,19	18,31	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,51
2756	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990570515	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,50	11,34	12,02	16,14	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,34
2757	Patiromer calcium	Veltassa, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 8,4 g	30 sasz.	07640166811459	2024-04-01	2 lata	270.0, Leki stosowane w leczeniu hiperkalemii i hiperfosfatemi	806,00	870,48	922,71	959,01	959,01	Leczenie hiperkalemii u dorosłych pacjentów w przebiegu przewlekłej choroby nerek w stopniu 3b-5, u chorych przyjmujących leki z grupy inhibitorów układu renina-angiotensyna-aldosteron (inhibitory ACE oraz inhibitory receptora dla angiotensyny)		ryczałt	3,20
2758	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990126217	2023-03-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	60,00	64,80	68,69	81,01	81,01	Choroba Wilsona		ryczałt	3,20
2759	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	6,90	7,45	7,99	11,43	11,43	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2760	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyne	13,80	14,90	15,80	21,52	21,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2761	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyina	2,00	2,16	2,70	3,65	2,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,40
2762	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	2023-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyina	2,80	3,02	3,56	5,26	5,26	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2763	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2023-03-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyina	3,35	3,62	4,16	6,11	6,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2764	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2025-01-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyina	8,97	9,69	10,27	13,71	12,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,93
2765	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2025-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyina	2,51	2,71	3,25	4,20	2,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,79
2766	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2023-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpyschotyczne - perazyina	4,48	4,84	5,38	7,33	6,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,02
2767	Perindoprilil tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	24,47	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,98
2768	Perindoprilil tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	24,47	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,98
2769	Perindoprilil tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	12,46	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,71
2770	Perindoprilil tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	12,46	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,71
2771	Perindoprilil tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	26,31	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	20,82
2772	Perindoprilil tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,20	6,70	7,24	8,43	2,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,43
2773	Perindoprilil tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	13,39	14,19	16,12	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2774	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,85	10,64	11,28	13,21	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,41
2775	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,96	30,20	32,01	35,42	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,94
2776	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774	2024-07-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,73	19,15	20,29	22,22	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,52
2777	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	19,76	20,95	24,36	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,87
2778	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	19,76	20,95	24,36	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,87
2779	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	9,88	10,48	12,41	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,66
2780	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	28,39	31,80	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,31
2781	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	26,78	28,39	31,80	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	26,31
2782	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	18,61	20,54	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,79
2783	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,25	17,55	18,61	20,54	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	17,79
2784	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,15	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	32,09

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2785	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,79	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,64
2786	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	41,15	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	32,09
2787	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,72	23,46	24,86	26,79	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	21,64
2788	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2023-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postaci do podawania doustnego	5,75	6,21	6,75	9,56	9,56	Padaczka		ryczałt	3,20
2789	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	2025-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postaci do podawania doustnego	5,75	6,21	6,75	9,56	9,56	Padaczka		ryczałt	2,88
2790	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postaci farmaceutyczne	35,36	38,19	40,48	49,98	49,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2791	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postaci farmaceutyczne	42,42	45,81	48,57	57,21	46,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	13,57
2792	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postaci farmaceutyczne	24,03	25,95	27,51	35,20	34,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,53
2793	Phenoxymetylophenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postaci farmaceutyczne	25,69	27,75	29,41	37,27	37,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2794	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	12,33	13,32	14,12	19,10	19,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2795	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519	2024-04-01	3 lata	156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Padaczka		ryczałt	2,88
2796	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	2024-04-01	3 lata	25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion	40,83	44,10	46,74	56,86	56,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
2797	Piribedilum	Pronoran, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990846320	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	18,62	20,11	21,32	27,77	23,55	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,29
2798	Pitolisantum	Wakix, tabl. powł., 18 mg	30 szt.	03760254600377	2024-07-01	1 rok 6 miesięcy	238.1, Inne leki działające na układ nerwowy – pitolisant	815,48	880,72	933,56	970,08	970,08	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		ryczałt	3,20
2799	Pitolisantum	Wakix, tabl. powł., 4,5 mg	30 szt.	03760254600360	2024-07-01	1 rok 6 miesięcy	238.1, Inne leki działające na układ nerwowy – pitolisant	815,48	880,72	933,56	970,08	970,08	Leczenie dorosłych chorujących na narkolepsję lub narkolepsję z katapleksją potwierdzoną badaniem polisomograficznym i wielokrotnym testem latencji snu w ośrodku medycyny snu		ryczałt	3,20
2800	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	2025-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	217,00	234,36	248,42	268,30	268,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- zywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadzenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2801	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	704,50	704,50	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory łite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20
2802	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	597,50	645,30	684,02	715,38	706,79	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory łite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	11,79

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2803	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	590,00	637,20	675,43	706,79	706,79	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba złośliwa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory łagodne u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20
2804	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	704,50	704,50	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba złośliwa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory łagodne u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2805	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	19,92	26,28	23,08	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	10,12
2806	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	48,77	59,03	56,52	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	19,47
2807	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	72,12	84,78	84,78	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	25,43
2808	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	97,53	111,79	111,79	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	33,54
2809	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	8,90	9,61	10,18	13,13	9,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,24
2810	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	18,70	20,20	21,41	28,08	27,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,01
2811	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	25,00	27,00	28,62	36,36	36,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,27

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2812	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.4, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	18,70	20,20	21,41	28,08	27,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,01
2813	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	9,85	10,60	1,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,54
2814	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	8,60	9,29	9,85	10,60	1,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,60
2815	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	21,41	24,87	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	15,79
2816	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	18,70	20,20	21,41	24,87	10,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	12,91
2817	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	34,36	21,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	15,80
2818	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	25,00	27,00	28,62	34,36	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	11,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2819	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	29,76	36,43	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół 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	13,88
2820	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	26,00	28,08	29,76	36,43	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,08
2821	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	12,94	14,89	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół 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	11,54
2822	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2024-04-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	11,30	12,20	12,94	14,89	5,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,66
2823	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	0,78	0,84	1,38	2,13	1,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,13
2824	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	0,78	0,84	1,38	2,13	1,05	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2825	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,09
2826	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89
2827	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,80
2828	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,53
2829	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,50	21,06	22,32	28,99	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,98
2830	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,50	21,06	22,32	28,99	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2831	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
2832	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43
2833	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,09
2834	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,80	8,42	8,96	12,42	10,53	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89
2835	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,80
2836	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	15,60	16,85	17,86	23,60	21,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2837	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,00	20,52	21,75	28,42	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,41
2838	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,00	20,52	21,75	28,42	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,08
2839	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,50	24,30	25,76	33,07	31,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,87
2840	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,50	24,30	25,76	33,07	31,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,47
2841	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,49	21,05	22,31	28,98	26,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,97
2842	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	19,49	21,05	22,31	28,98	26,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2843	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,63
2844	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	3,90	4,21	4,75	6,70	5,27	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43
2845	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	37,50	40,50	42,93	52,67	52,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,67
2846	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444	2025-07-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	37,50	40,50	42,93	52,67	52,67	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2847	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	17,30	18,68	19,81	26,45	24,72	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,93
2848	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	74,40	80,35	85,17	98,88	98,88	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2849	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	77,60	83,81	88,84	102,55	98,88	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,87
2850	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	77,80	84,02	89,07	102,78	98,88	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,10

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2851	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	9,70	10,48	11,10	15,21	12,36	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,05
2852	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	37,20	40,18	42,58	52,29	49,44	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,05
2853	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	79,72	86,10	91,26	105,27	105,27	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2854	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	39,86	43,05	45,63	55,64	52,97	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,87
2855	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	24,00	25,92	27,48	38,61	38,61	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2856	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	29,00	31,32	33,20	46,91	46,91	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2857	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	36,00	38,88	41,21	56,34	56,34	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,98
2858	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	13,44	14,52	15,39	22,03	22,03	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2859	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	19,00	20,52	21,75	31,46	31,46	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2860	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	97,25	105,03	111,34	126,11	123,60	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,24
2861	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	48,63	52,52	55,67	66,44	61,80	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,84

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2862	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	49,30	53,24	56,44	67,61	67,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2863	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	50,00	54,00	57,24	68,41	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2864	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	48,00	51,84	54,95	62,69	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,85
2865	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	96,00	103,68	109,90	121,07	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	53,79
2866	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	81,60	88,13	93,42	104,59	68,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,96
2867	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	24,00	25,92	27,48	32,51	17,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	16,75
2868	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	2024-04-01	3 lata	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	12,90	13,93	14,76	16,71	5,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,30
2869	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	29,00	31,32	33,20	40,94	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,30
2870	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	30,00	32,40	34,34	42,08	34,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym, w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,44
2871	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	37,40	40,39	42,81	52,55	51,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i wspomaganie leczenia ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	6,57

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2872	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	30.0, Leki przeciwyrtmiczne klasy I C - propafenon	5,19	5,61	6,15	8,75	8,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
2873	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909991033507	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,60	3,89	4,43	5,46	2,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	5,46
2874	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg	50 szt.	05909991033590	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,64	6,09	6,63	9,40	9,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	3,20
2875	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,60	3,89	4,43	5,46	2,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	4,91
2876	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,64	6,09	6,63	9,40	9,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczyniaki płaskie; naczyniaki jamiste	ryczałt	2,88
2877	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2025-01-01	5 lat	113.0, Leki przeciwpłatkowe - inne - pyrazinamid	125,00	135,00	143,10	159,71	159,71	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
2878	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2025-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	104,01	118,66	118,66	Miastenia		ryczałt	4,80
2879	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2025-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykomimetyczne - bromek pirydostygminy	90,86	98,13	104,01	118,66	118,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	32,04
2880	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 100 mg	60 tabl.	05909990910762	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,00	39,96	42,36	51,82	44,43	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,59
2881	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 200 mg	60 tabl.	05909990910779	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,00	79,92	84,72	98,18	88,87	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,51
2882	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 25 mg	30 tabl.	05909990897780	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>1 rok - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	5,83	6,37	8,57	5,55	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,22

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2883	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,50	32,94	34,92	44,38	44,38	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2884	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,00	66,96	70,98	84,44	84,44	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2885	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,25	5,55	Schizofrenia	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,90
2886	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	93,00	100,44	106,47	121,93	121,93	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2887	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,00	68,04	72,12	85,58	85,58	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
2888	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,00	103,68	109,90	125,36	125,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2889	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,00	140,40	148,82	166,28	166,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2890	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,59	38,44	40,75	50,21	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,98
2891	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,20	75,82	80,36	93,82	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,15
2892	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,00	113,40	120,20	135,66	133,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,16

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2893	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,99	56,15	59,52	70,98	66,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,53
2894	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,32	74,87	79,36	92,82	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,15
2895	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,98	112,30	119,04	134,50	133,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,00
2896	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,64	149,73	158,72	176,18	176,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2897	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,35	18,74	19,86	26,32	22,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,30
2898	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990058785	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,00	63,72	67,54	79,67	74,05	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,82
2899	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990081233	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,70	39,64	42,01	51,47	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,24
2900	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	100 szt.	05909990058761	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,50	126,90	134,51	150,64	148,11	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,86
2901	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990081196	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,50	77,22	81,85	95,31	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,64
2902	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990058808	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,32	19,79	20,97	26,59	18,51	Schizofrenia	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,28

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycznych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2903	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990779062	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,85	112,16	118,89	134,35	133,30	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,85
2904	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,40	42,55	45,10	54,56	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,00
2905	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,00	84,24	89,29	102,75	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	15,37
2906	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,50	5,94	6,48	8,68	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,70
2907	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,20	74,74	79,22	92,68	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,01
2908	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,80	112,10	118,83	134,29	133,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,79
2909	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,40	149,47	158,44	175,90	175,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2910	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,65	9,34	9,90	13,85	11,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,94
2911	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990074143	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,05	36,77	38,98	48,44	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,21
2912	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990074235	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,10	73,55	77,97	91,43	88,87	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2913	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,92	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,57
2914	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990074280	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,15	110,32	116,94	132,40	132,40	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2915	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,24	55,34	58,65	70,11	66,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,66
2916	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,32	73,79	78,21	91,67	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,00
2917	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,48	110,68	117,32	132,78	132,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2918	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	132,00	142,56	151,11	168,57	168,57	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2919	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,27	18,65	19,77	26,23	22,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,21
2920	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,24	40,22	42,63	52,09	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,86
2921	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,50	59,94	63,54	75,00	66,65	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,55

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2922	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,48	80,44	85,27	98,73	88,87	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	13,06
2923	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2><3>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	5,83	6,37	8,57	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,22
2924	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,72	120,66	127,89	143,35	133,30	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	14,85
2925	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,41	56,60	59,99	71,45	66,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,00
2926	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,00	75,60	80,14	93,60	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,93
2927	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	105,00	113,40	120,20	135,66	133,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,16
2928	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,00	151,20	160,27	177,73	177,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,40
2929	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,65	9,34	9,90	13,85	11,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,94
2930	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,00	36,72	38,92	48,38	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2931	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,00	73,44	77,85	91,31	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,64
2932	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1>2023-11-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,33	4,68	5,22	7,42	5,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,07
2933	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,99	39,95	42,35	51,81	44,43	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	9,52
2934	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,99	78,83	83,56	97,02	88,87	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,22
2935	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2024-04-01/<2><3>2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,19	5,61	6,15	8,35	5,55	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,40
2936	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,09	117,82	124,89	140,35	133,30	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,67
2937	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,30	37,04	39,27	48,73	44,43	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,50
2938	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,60	74,09	78,54	92,00	88,87	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,33
2939	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	102,90	111,13	117,80	133,26	133,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <2>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,80
2940	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,80	12,74	13,51	15,93	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2941	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,30	11,12	11,79	13,23	3,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,22
2942	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,80	15,98	16,95	19,37	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	15,71
2943	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,68	25,57	27,11	31,38	15,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	24,05
2944	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	7,99	8,53	9,47	1,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	9,47
2945	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	10,03	10,64	16,32	16,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	12,80
2946	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,32	10,07	10,67	16,35	16,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	12,80
2947	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,50	18,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	12,80
2948	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	34,81	34,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	25,60
2949	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	6,59	10,00	10,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	6,40
2950	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,48	12,40	13,14	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	12,80
2951	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,48	21,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci od 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci od 18 roku życia	ryczałt	12,80

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2952	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,90	7,45	7,99	11,40	11,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2953	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,60	15,77	16,72	22,40	22,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2954	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,65	3,94	4,48	6,41	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,66
2955	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,30	7,88	8,42	11,83	11,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2956	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,00	14,04	14,88	20,28	20,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,76
2957	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,99	9,71	10,29	15,97	15,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2958	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	16,21	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2959	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,29	10,03	10,64	16,32	16,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
2960	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	17,13	17,13	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	12,80
2961	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,18	31,51	33,40	41,92	41,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	23,04
2962	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,30	4,64	5,18	7,11	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2963	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,50	7,02	7,56	10,97	10,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2964	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,64	7,17	7,71	11,12	11,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2965	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	7,18	7,72	11,13	11,13	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	6,40
2966	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	7,18	7,72	11,13	11,13	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	6,40
2967	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,00	7,56	8,10	11,51	11,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,76
2968	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,62	14,71	15,60	21,00	21,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,76
2969	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,79	15,97	16,93	22,33	22,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	10,87
2970	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,86	44,13	46,77	56,95	56,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	32,26
2971	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	11,03	11,69	16,10	16,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,06
2972	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,40	3,67	4,21	6,04	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,32
2973	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,81	7,35	7,89	11,10	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2974	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,29	7,87	8,41	11,62	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,84
2975	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,43	22,06	23,39	30,39	30,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	16,13
2976	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,35	10,10	10,70	16,10	16,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2977	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,45	2,65	3,19	5,02	5,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2978	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,70	5,08	5,62	8,83	8,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2979	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,00	11,88	12,59	17,99	17,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2980	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,50	5,94	6,48	9,69	9,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2981	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	13,39	14,19	19,59	19,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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
2982	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2983	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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
2984	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2985	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2986	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,48	13,48	14,29	19,69	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2987	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,55	13,55	14,36	19,76	19,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2988	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,60	13,61	14,43	19,83	19,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2989	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,60	13,61	14,43	19,83	19,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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
2990	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,00	15,12	16,03	21,43	21,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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
2991	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990478217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,00	6,48	7,02	8,85	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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	6,50
2992	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2993	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2994	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
2995	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,70	7,24	7,78	10,99	10,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
2996	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,30	8,96	9,50	12,71	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,58
2997	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,80	13,82	14,66	20,06	20,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2998	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,16	20,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
2999	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,95	13,99	14,83	20,23	20,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3000	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,20	15,34	16,25	21,93	21,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3001	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,08	46,53	49,31	59,83	59,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	38,40
3002	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,55	3,83	4,37	6,30	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,55
3003	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,77	11,63	12,33	16,95	16,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,60
3004	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,39	6,90	7,44	10,65	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3005	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,40	6,91	7,45	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3006	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,45	6,97	7,51	10,72	10,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3007	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,10	7,67	8,21	11,62	11,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3008	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,54	23,26	24,66	31,91	31,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	19,20
3009	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	12,94	17,68	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,30
3010	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,85	8,48	9,02	11,77	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,25
3011	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,30	12,20	12,94	17,68	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,30
3012	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,85	8,48	9,02	11,77	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,25
3013	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3014	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	25,55	32,94	32,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,89
3015	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3016	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3017	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3018	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	22,32	24,11	25,55	32,94	32,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,89
3019	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3020	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3021	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	12,79	17,53	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3022	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3023	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,17	12,06	12,79	17,53	17,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,73
3024	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,52
3025	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,26
3026	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,80
3027	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,16	12,05	12,78	17,52	17,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,26
3028	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,58	6,03	6,57	9,32	9,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,80

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3029	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,45	11,29	11,97	13,80	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,45
3030	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,40	14,47	15,34	18,55	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	13,42
3031	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,40	11,23	11,90	15,31	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	9,82
3032	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,49	8,09	8,63	10,56	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	7,81
3033	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	8,05	8,59	10,42	5,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,07
3034	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,10	9,83	10,42	13,63	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	8,50
3035	Relugolixum	Orgovox, tabl. powł., 120 mg	30 szt.	05055565785270	2024-01-01	2 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów	368,00	397,44	421,29	445,93	445,93	Nowotwory złośliwe - zaawansowana postać hormonozależnego raka gruczołu krokowego u pacjentów dorosłych		bezpłatny do limitu	0,00
3036	Relugolixum + Estradiolum + Norethisterone acetate	Ryeqo, tabl. powł., 40+1+0,5 mg	28 szt.	05997001377949	2025-04-01	2 lata	78.3, Hormony podwzgórza i przysadki - antygonadotropiny w skojarzeniu z analogami hormonów	292,25	315,63	334,57	356,82	356,82	Leczenie do dwóch lat ciężkich objawów mięśniaków macicy w postaci nasilonych krwawień u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, po weryfikacji histologicznej endometrium, niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego, po nieskutecznym leczeniu zachowawczym objawów lekami zawierającymi pochodne o działaniu gestagennym		30%	107,05
3037	Relugolixum + Estradiolum + Norethisterone acetate	Ryeqo, tabl. powł., 40+1+0,5 mg	28 szt.	05997001370742	2024-04-01	2 lata	78.3, Hormony podwzgórza i przysadki - antygonadotropiny w skojarzeniu z analogami hormonów	292,25	315,63	334,57	356,82	356,82	Leczenie do dwóch lat ciężkich objawów mięśniaków macicy w postaci nasilonych krwawień u dorosłych kobiet w wieku rozrodczym, po weryfikacji histologicznej endometrium, niekwalifikujących się do leczenia operacyjnego, po nieskutecznym leczeniu zachowawczym objawów lekami zawierającymi pochodne o działaniu gestagennym		30%	107,05

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3038	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwpłatkowe - antybiotyki - ryfampicyna	115,00	124,20	131,65	147,68	141,80	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,29
3039	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	2024-04-01	3 lata	111.1, Leki przeciwpłatkowe - antybiotyki - ryfampicyna	230,00	248,40	263,30	283,59	283,59	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3040	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwpłatkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	143,75	155,25	164,57	182,15	175,62	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,88
3041	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	2024-04-01	3 lata	111.2, Leki przeciwpłatkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	287,50	310,50	329,13	351,23	351,23	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3042	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990928156	2024-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	145,00	156,60	166,00	183,62	183,62	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20
3043	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,95	6,43	6,97	9,42	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,46
3044	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,00	16,20	17,17	22,91	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,64
3045	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	29,00	31,32	33,20	40,94	35,78	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,36
3046	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,00	32,40	34,34	42,94	42,94	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,20
3047	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	45,00	48,60	51,52	62,12	62,12	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,84

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3048	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	57,50	62,10	65,83	78,15	78,15	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,12
3049	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,05	6,53	7,07	9,52	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,56
3050	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,30	13,28	14,08	18,39	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,28
3051	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,20	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,93
3052	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,00	21,60	22,90	29,78	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,35
3053	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	104,28	118,94	118,94	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3054	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	160,73	178,00	178,00	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3055	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 przeciwpyschotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	190,71	205,97	218,32	237,11	237,11	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3056	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyschotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,20	6,70	7,24	9,69	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,73
3057	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyschotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	18,60	20,09	21,30	27,04	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,77
3058	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyschotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,80	13,82	14,66	18,97	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	7,86
3059	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyschotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	38,40	41,47	43,96	52,56	42,94	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,82
3060	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyschotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	17,95	19,39	20,55	26,29	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,02
3061	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyschotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	53,85	58,16	61,65	72,25	64,41	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	11,68
3062	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyschotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	25,60	27,65	29,31	36,19	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3063	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	76,80	82,94	87,92	100,24	85,88	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	19,48
3064	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	7,67	10,12	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,16
3065	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	31,30	33,80	35,83	43,57	35,78	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,99
3066	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,00	14,04	14,88	19,19	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,08
3067	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,60	17,93	19,01	24,75	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,48
3068	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2><3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,95	21,55	22,84	29,72	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,29
3069	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	2025-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	111,09	119,98	127,18	141,84	118,94	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	26,10

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3070	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058128	2025-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	171,03	184,71	195,79	213,06	178,41	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	37,85
3071	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058029	2025-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	222,20	239,98	254,37	273,16	237,88	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychotycznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	38,48
3072	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,60	7,13	7,67	10,12	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	6,16
3073	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,20	14,26	15,11	19,42	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	8,31
3074	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,10	21,71	23,01	28,75	21,47	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	10,48
3075	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	27,20	29,38	31,14	38,02	28,63	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	12,59
3076	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,50	5,94	6,48	8,93	7,16	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3077	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	12,39	13,38	14,18	19,21	17,89	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	4,52
3078	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	11,00	11,88	12,59	16,90	14,31	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	5,79
3079	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	24,79	26,77	28,38	36,12	35,78	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Depresja lub zaburzenia depresyjne (F32; F33; F34; F38; F39 wg ICD - 10); tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18 r.ż.	ryczałt	3,54
3080	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991521738	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	28,05	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	10,14

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3081	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991521745	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,70
3082	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991521790	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	12,38
3083	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991521776	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,47

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3084	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05907594033344	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,90	12,85	13,62	17,62	12,18	Żylne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	7,78
3085	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05907594033429	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	132,00	142,56	151,11	168,20	168,20	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	45,41
3086	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05907594033399	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,48	19,96	21,16	27,82	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	8,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3087	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05907594033405	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,96	39,92	42,31	52,04	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	14,60
3088	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05907594033412	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	55,44	59,88	63,47	75,34	75,34	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,34
3089	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05907594033474	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	176,00	190,08	201,48	220,13	220,13	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	59,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3090	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05907594033443	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,64	26,61	28,21	35,94	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	10,85
3091	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05907594033450	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,28	53,22	56,42	67,58	67,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,24
3092	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991440398	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	28,05	25,58	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	9,13
3093	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05903060626812	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,50	29,70	31,48	38,14	25,58	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	20,23

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

3094	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991440404	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanych z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥ 75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,03
3095	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991440350	2025-07-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,50	29,70	31,48	34,43	8,53	U chorych z CAD i/lub PAD, z wyłączeniem chorych z którąkolwiek z poniższych cech: z wysokim ryzykiem krwawienia; udar mózgu przebyty w czasie miesiąca od rozpoczęcia leczenia lub jakiegokolwiek udaru krwotocznego/lakunarnego w wywiadzie; ciężka niewydolność serca z frakcją wyrzutową $<30\%$ lub objawami klasy III lub IV zgodnie z kryteriami Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA); eGFR <15 ml/min; konieczność stosowania podwójnej terapii przeciwplatekcyjnej, terapii przeciwplatekcyjnej innej niż ASA lub doustnej terapii przeciwzakrzepowej		30%	25,61
3096	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991440435	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	11,14
3097	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05903060626829	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,40	39,31	41,67	49,40	34,11	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	25,52

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3098	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991440442	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,42
3099	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,90	9,61	10,18	14,18	12,18	<1>Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	4,68
3100	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,90	9,61	10,18	14,18	12,18	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	5,08
3101	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05900411013482	2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	28,05	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	9,13

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3102	Rivaroxabanum	Rixacam, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05900411011549	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	22,05	23,81	25,24	31,90	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	13,99
3103	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991503581	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,03
3104	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991503604	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	56,07	60,56	64,18	76,05	76,05	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,54

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3105	Rivaroxabanum	Rixacam, kaps. twarde, 15 mg	42 szt.	05900411011556	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	72,76	78,58	83,30	95,17	76,75	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	41,45
3106	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991503635	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	11,14
3107	Rivaroxabanum	Rixacam, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05900411011600	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	29,40	31,75	33,65	41,38	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	17,50

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- zywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeno- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3108	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991503642	2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikiem ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	18,42
3109	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991355258	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	11,90	12,85	13,62	17,62	12,18	Żyłne powikłania zakrzepowo- zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej allopłastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej allopłastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej allopłastyce) - przewencja pierwotna		ryczałt	8,64
3110	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05909991355449	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	158,57	171,26	181,53	198,62	182,73	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikiem ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	70,71

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3111	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991355470	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	22,20	23,98	25,41	32,07	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	14,16
3112	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991355395	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	44,40	47,95	50,82	60,55	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	24,73
3113	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05909991355562	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	211,43	228,34	242,05	260,70	243,64	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	90,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3114	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991355593	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	29,60	31,97	33,89	41,62	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	17,74
3115	Rivaroxabanum	Runaplast, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991355517	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	59,20	63,94	67,77	78,93	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	31,18
3116	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991458430	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	34,50	37,26	39,50	47,54	36,55	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	14,19

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3117	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991458447	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	42,75	46,17	48,95	58,99	54,82	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,62
3118	Rivaroxabanum	Thinban, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991458461	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	57,00	61,56	65,25	76,81	73,09	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	25,65
3119	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991492090	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,90	9,61	10,18	14,18	12,18	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - przewencja pierwotna		ryczałt	5,20
3120	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991492090	2025-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	8,90	9,61	10,18	14,18	12,18	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	5,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3121	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991492311	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	18,69	20,19	21,39	28,05	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	10,14
3122	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991492328	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,70
3123	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991492342	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	56,07	60,56	64,18	76,05	76,05	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	22,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3124	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991492465	<1>2024-10-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	12,38
3125	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991492472	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,47
3126	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 10 mg	15 szt.	05909991435509	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	17,25	18,63	19,75	25,02	18,27	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	9,95

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3127	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991435561	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	20,95	22,63	23,99	30,65	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	12,74
3128	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991435578	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,00	38,88	41,21	50,94	50,94	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,28
3129	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991435646	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,95	30,19	32,00	39,73	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	15,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3130	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991435653	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	48,00	51,84	54,95	66,11	66,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	19,83
3131	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909990658145	2024-10-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	74,50	80,46	85,29	89,29	12,18	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	80,31
3132	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,30	112,64	119,40	126,06	25,58	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	108,15
3133	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	312,90	337,93	358,20	370,07	76,75	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	316,35
3134	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,30	112,64	119,40	127,13	34,11	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	103,25

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3135	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05995327192956	2025-01-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	24,92	26,91	28,53	36,26	34,11	Żylne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	5,35
3136	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05995327192994	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	37,38	40,37	42,79	52,52	51,17	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,70
3137	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05995327193007	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	56,07	60,56	64,18	76,05	76,05	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	22,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3138	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05995327193038	2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	49,84	53,83	57,06	68,22	68,22	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych; <2>Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,47
3139	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	13,00	14,04	14,88	18,88	12,18	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	8,91
3140	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	27,30	29,48	31,26	37,92	25,58	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	18,01
3141	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991528584	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	39,06	42,18	44,71	54,44	51,17	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwieny, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	16,76
3142	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621	2024-07-01	3 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	36,40	39,31	41,67	49,40	34,11	Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	22,97

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3143	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909991528607	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	52,08	56,25	59,62	70,78	68,22	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	20,73
3144	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991528614	2025-01-01	2 lata	22.1, Leki przeciwzakrzepowe – bezpośrednie inhibitory trombiny i czynnika Xa	104,16	112,49	119,24	134,40	134,40	Profilaktyka udarów i zatorowości obwodowej u dorosłych pacjentów z migotaniem przedsionków niezwiązanym z wadą zastawkową, z jednym lub kilkoma czynnikami ryzyka, takimi jak wcześniejszy udar lub przemijający napad niedokrwienności, wiek ≥75 lat, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, zastoinowa niewydolność serca		30%	36,29
3145	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	169,20	177,67	42,38	Choroba Alzheimera		30%	148,00
3146	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 4.6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	2025-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	56,32	60,83	64,48	68,82	14,66	Choroba Alzheimera		30%	58,56
3147	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	2024-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	107,50	116,10	123,07	130,11	30,27	Choroba Alzheimera		30%	108,92
3148	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	2024-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	107,50	116,10	123,07	130,11	30,27	Choroba Alzheimera		30%	108,92
3149	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	2025-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	116,37	125,68	133,22	140,26	30,27	Choroba Alzheimera		30%	119,07
3150	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13.3 mg/24h	30 szt.	05909991032609	2025-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	178,75	193,05	204,64	213,11	42,38	Choroba Alzheimera		30%	183,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3151	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909990066704	2025-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	70,16	75,77	80,32	84,66	14,66	Choroba Alzheimera		30%	74,40
3152	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909990066766	2025-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	128,25	138,51	146,83	153,87	30,27	Choroba Alzheimera		30%	132,68
3153	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	13,25	15,00	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,70
3154	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	11,58	12,51	13,25	15,00	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,70
3155	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,13	20,66	21,90	24,95	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,36
3156	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,21	20,75	21,99	25,04	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,45
3157	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	37,90	40,93	43,38	48,55	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,36
3158	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,27	41,33	43,82	48,99	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,80
3159	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,70	31,00	32,85	37,09	14,13	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3160	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,81	31,11	32,98	37,22	14,13	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	27,33
3161	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	56,90	61,45	65,13	71,93	28,25	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,16
3162	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	57,40	61,99	65,71	72,51	28,25	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,74
3163	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,27	41,33	43,82	48,99	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,80
3164	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	38,42	41,49	43,99	49,16	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,97
3165	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	75,90	81,97	86,89	94,80	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,43
3166	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	76,53	82,65	87,61	95,52	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	69,15
3167	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,57	10,34	10,95	12,70	4,71	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	9,40
3168	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,13	20,66	21,90	24,95	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3169	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	18,80	20,30	21,52	24,57	9,42	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,98
3170	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	37,60	40,61	43,05	48,22	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,03
3171	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,20	29,38	31,14	35,38	14,13	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,49
3172	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	57,00	61,56	65,25	72,05	28,25	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,28
3173	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	37,60	40,61	43,05	48,22	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,03
3174	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	75,20	81,22	86,09	94,00	37,67	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	67,63
3175	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	6,53	7,05	7,59	9,34	4,71	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	6,04
3176	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,06	14,10	14,95	18,00	9,42	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,41
3177	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	26,13	28,22	29,92	35,09	18,84	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3178	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,60	21,17	22,44	26,68	14,13	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,79
3179	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	39,20	42,34	44,87	51,67	28,25	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	31,90
3180	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	26,13	28,22	29,92	35,09	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,90
3181	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	52,26	56,44	59,83	67,74	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,37
3182	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	16,00	17,28	18,32	21,37	9,42	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,78
3183	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,00	32,40	34,34	39,51	18,84	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,32
3184	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	42,70	46,12	48,88	55,68	28,25	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,91
3185	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	55,10	59,51	63,08	70,99	37,67	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	44,62
3186	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	2025-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	19,95	21,55	22,84	30,03	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	9,51

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3187	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	2025-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	40,15	43,36	45,96	56,40	56,40	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,92
3188	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	2025-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	84,50	91,26	96,74	111,18	111,18	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,35
3189	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,40	27,43	29,07	36,03	27,48	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,79
3190	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,35	5,78	6,32	8,41	5,50	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,56
3191	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990732074	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,19	11,01	11,66	15,38	10,99	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,69
3192	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990732227	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,30	21,92	23,24	29,36	21,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,97
3193	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990732333	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,00	45,36	48,08	58,20	54,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,74
3194	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	24,00	25,92	27,48	34,67	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,15
3195	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	49,00	52,92	56,10	66,54	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	25,51
3196	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	95,00	102,60	108,76	123,20	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,14
3197	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,27	31,61	33,51	40,70	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,18
3198	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,54	63,22	67,01	77,45	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,42
3199	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	2023-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,08	126,45	134,03	148,47	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3200	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,26	31,60	33,50	40,69	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,17
3201	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,53	63,21	67,00	77,44	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,41
3202	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,07	126,44	134,02	148,46	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	66,40
3203	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	30,22	37,41	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,89
3204	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	60,45	70,89	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,86
3205	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	121,69	136,13	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	54,07
3206	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,10	5,51	6,05	8,14	5,50	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,29
3207	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990013890	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	10,17	10,98	11,64	15,36	10,99	Choroba i zespół Parkinsona		30%	7,67
3208	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990013586	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,80	22,46	23,81	29,93	21,98	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,54
3209	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990013968	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,00	56,16	59,53	69,65	54,95	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,19
3210	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,37	27,40	29,04	36,23	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	15,71
3211	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	51,15	55,24	58,56	69,00	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	27,97
3212	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	2025-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	101,85	110,00	116,60	131,04	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	48,98

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3213	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	2025-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	28,30	30,56	32,40	39,59	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,07
3214	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	72,50	78,30	83,00	95,93	87,92	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,39
3215	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991537166	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,90	42,01	44,53	54,97	54,97	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,49
3216	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	44,63	55,07	55,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,52
3217	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	2025-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	56,60	61,13	64,80	75,24	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,21
3218	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	145,00	156,60	166,00	182,93	175,84	Choroba i zespół Parkinsona		30%	59,84
3219	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991533922	2024-10-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	77,80	84,02	89,07	103,51	103,51	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,05
3220	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	89,25	103,69	103,69	Choroba i zespół Parkinsona		30%	31,11
3221	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	2025-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	113,20	122,26	129,59	144,03	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	61,97
3222	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	2024-04-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	290,00	313,20	331,99	353,27	351,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	107,09
3223	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	26,40	28,51	30,22	37,41	29,31	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,89
3224	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,80	57,02	60,45	70,89	58,61	Choroba i zespół Parkinsona		30%	29,86
3225	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	2024-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	105,60	114,05	120,90	135,34	117,23	Choroba i zespół Parkinsona		30%	53,28

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3226	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,27	5,69	6,23	8,82	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,30
3227	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,54	11,38	12,06	16,57	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,52
3228	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,08	22,77	24,13	31,25	31,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,38
3229	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,90	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,14
3230	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3231	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,13	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,37
3232	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,11	22,80	24,17	31,29	31,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,45
3233	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,90	6,37	6,91	9,50	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,98
3234	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,60	6,05	6,59	9,33	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,41
3235	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612	2024-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,68	24,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,40
3236	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,10	17,39	18,44	24,80	24,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,44
3237	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,80	12,74	13,51	18,02	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,97
3238	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,50	11,34	12,02	16,74	16,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3239	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991496579	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	12,14	16,86	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,06
3240	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991509415	2023-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,63	45,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,69
3241	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991496586	2023-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,80	34,34	36,41	45,75	45,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,73
3242	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,20	34,78	36,86	46,20	46,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,86
3243	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,47
3244	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,95	3,19	3,73	5,25	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,49
3245	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,05	8,69	9,23	13,12	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,24
3246	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,67	6,12	6,66	9,40	8,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,13
3247	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,49	9,17	9,72	13,61	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,26
3248	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	12,42	13,17	17,89	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
3249	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,99	18,35	19,45	25,81	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,24
3250	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,70	24,52	25,98	33,36	33,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,01
3251	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	3,07	3,61	5,21	4,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,03

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3252	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,36	5,79	6,33	8,92	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,06
3253	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
3254	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
3255	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
3256	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,36	23,07	24,45	31,57	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
3257	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,72	46,14	48,90	59,24	59,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,99
3258	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,65	2,86	3,40	4,92	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,94
3259	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,90	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
3260	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 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	5,92	8,51	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
3261	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 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	11,40	15,91	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,86
3262	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 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	22,81	29,93	29,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,98
3263	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 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	3,23	4,75	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,99
3264	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,85	6,32	6,86	9,45	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,93

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3265	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 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	19,67	26,03	25,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,27
3266	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,77	9,47	10,04	13,70	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,41
3267	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,00	17,28	18,32	24,35	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,77
3268	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 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	29,51	37,38	37,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,21
3269	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,70	12,64	13,39	17,90	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,85
3270	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 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	39,33	48,67	48,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,60
3271	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,56	18,96	20,10	26,13	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,55
3272	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,00	34,56	36,63	45,58	45,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,67
3273	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 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	59,00	70,34	70,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,10
3274	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,41	25,28	26,79	33,91	31,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,81
3275	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 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	78,67	91,98	91,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,59
3276	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,92	3,15	3,69	5,21	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,45
3277	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 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	9,84	13,73	12,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,85

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3278	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,34	5,77	6,31	8,90	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,38
3279	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,38	16,61	17,60	23,63	23,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,09
3280	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,68	11,53	12,23	16,74	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,69
3281	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	30,77	33,23	35,23	44,18	44,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,25
3282	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 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	24,21	31,33	31,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,40
3283	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061	2025-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	61,55	66,47	70,46	83,25	83,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,98
3284	Rosuvastatinum	Suvaradio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,64	2,85	3,39	4,91	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,15
3285	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3286	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,60	11,45	12,14	16,65	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,04
3287	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,95	8,59	9,13	12,79	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,05
3288	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,22	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
3289	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,90	12,85	13,62	18,13	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,37
3290	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3291	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,89	17,16	18,19	24,22	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,88
3292	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,79	34,33	36,40	45,35	45,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,25
3293	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
3294	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,00	45,36	48,08	58,42	58,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,78
3295	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,63	2,84	3,38	4,90	3,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,93
3296	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2024-04-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,28	5,70	6,24	8,83	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
3297	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785	2025-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,55	5,99	6,53	9,12	7,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,60
3298	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,85	17,12	18,14	24,17	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,59
3299	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,38	27,41	29,05	36,92	36,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,08
3300	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839	2025-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,20	12,10	12,82	17,33	15,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,28
3301	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340	2024-10-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,70	34,24	36,29	45,24	45,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,57
3302	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109	2024-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	50,76	54,82	58,11	69,45	69,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,84
3303	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990777853	2025-07-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,00	22,68	24,04	31,16	31,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,35

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3304	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,29	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,26
3305	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3306	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,40	18,79	19,92	23,95	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,92
3307	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3308	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	2023-11-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,70	19,12	20,26	24,29	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,26
3309	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3310	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,83	18,18	19,27	23,30	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,27
3311	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3312	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	2023-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,40	18,79	19,92	23,95	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,92
3313	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	2023-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	50,50	54,54	57,81	65,90	42,99	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	35,81
3314	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,85	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,94
3315	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,35	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,67
3316	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,85	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,94
3317	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,35	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,67
3318	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836	2025-01-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,68	16,93	17,95	21,76	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	11,16
3319	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	18,38	19,85	21,04	24,85	13,37	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,94
3320	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	36,76	39,70	42,09	48,35	26,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,67

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3321	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,84	14,33	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,81
3322	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,84	14,33	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,81
3323	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762	2024-04-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,30	18,68	19,81	23,84	14,33	Leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,81
3324	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,56	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,53
3325	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,59	28,66	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,53
3326	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,56	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,53
3327	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,59	28,66	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,53
3328	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763	2024-01-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	16,80	18,14	19,23	23,26	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	13,23
3329	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	17,93	19,36	20,53	24,56	14,33	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,53
3330	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvardio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	2024-04-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	35,86	38,73	41,05	47,59	28,66	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	27,53
3331	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,98	20,50	21,73	24,09	7,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,50
3332	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2024-04-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,43	26,38	27,97	31,28	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,36
3333	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	26,71	35,28	35,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,58
3334	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	2024-04-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,10	8,75	9,29	12,99	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3335	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928	2025-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	20,50	22,14	23,47	27,17	12,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,38

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3336	Salbutamololum	Burventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826	2025-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	34,43	37,18	39,42	45,52	25,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,87
3337	Salbutamololum	Salbutamol Hascó, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego	6,50	7,02	7,56	10,66	10,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	2,88
3338	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	45,35	48,98	51,92	62,46	58,21	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,71
3339	Salmeterolum	Pulmotorol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	2024-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	89,50	96,66	102,46	117,00	116,42	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,98
3340	Salmeterolum	Pulmotorol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	45,35	48,98	51,92	62,46	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,45
3341	Salmeterolum	Pulmotorol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	68,05	73,49	77,90	90,99	87,32	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,47
3342	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	49,60	53,57	56,79	67,33	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,32
3343	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	2025-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	56,55	61,07	64,74	75,28	58,21	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,27
3344	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2025-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	12,44	13,44	14,25	19,26	19,26	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,33
3345	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	403,55	394,28	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%	127,55

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3346	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0.5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	403,55	394,28	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	127,55
3347	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	2024-10-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	332,50	359,10	380,65	403,55	394,28	Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych co najmniej dwoma lekami hipoglikemizującymi, z HbA1c $\geq$ 7,5%, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 30 kg/m2 oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3)obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	127,55
3348	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 12 mg	28 szt.	05909991089313	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.8, Leki przeciwpyszotyczne - sertindol	220,00	237,60	251,86	271,84	271,84	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
3349	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 16 mg	28 szt.	05909991089412	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.8, Leki przeciwpyszotyczne - sertindol	293,50	316,98	336,00	358,28	358,28	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	3,20
3350	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 4 mg	30 szt.	05909991089214	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	178.8, Leki przeciwpyszotyczne - sertindol	74,48	80,44	85,27	99,22	97,09	Schizofrenia	F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10	ryczałt	5,33
3351	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991551636	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwddepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	15,70	16,96	17,97	24,62	24,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,39

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3352	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991551551	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,85	8,48	9,02	13,14	13,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,94
3353	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,36	14,43	15,29	21,94	21,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,58
3354	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,68	7,21	7,75	11,87	11,87	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,56
3355	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991483807	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,45	13,45	14,26	20,69	20,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,21
3356	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	18,00	19,44	20,61	27,04	26,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,75
3357	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,00	9,72	10,30	14,24	13,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,09
3358	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685	2024-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	19,90	21,49	22,78	29,43	28,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,85
3359	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692	2024-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,62	10,39	11,02	15,14	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,81
3360	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990804375	2025-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	47,00	50,76	53,81	66,38	66,38	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	19,91
3361	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,60	17,93	19,01	25,66	25,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,70
3362	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990804351	2025-04-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	23,50	25,38	26,90	35,69	35,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,71
3363	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344	2025-07-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,38	9,05	9,59	13,71	13,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,11
3364	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,68	13,69	14,52	20,95	20,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,29

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3365	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,58	14,67	15,54	22,19	22,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,66
3366	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	38,04	41,08	43,55	54,98	54,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,49
3367	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,34	6,85	7,39	11,33	11,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,40
3368	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523	2024-10-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,79	7,33	7,87	11,99	11,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,60
3369	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2022-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	19,02	20,54	21,77	29,70	29,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,91
3370	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,10	15,23	16,15	22,58	22,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,77
3371	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,05	7,61	8,15	12,09	12,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,63
3372	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	16,90	18,25	19,34	25,99	25,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,80
3373	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,45	9,13	9,68	13,80	13,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,14
3374	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	18,65	20,14	21,35	28,00	28,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,40
3375	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,65	9,34	9,90	14,02	14,00	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,22
3376	Sertralinum	Zolofit, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	22,10	23,87	25,30	31,73	26,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,44
3377	Sertralinum	Zolofit, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,00	12,96	13,74	17,68	13,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,53

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3378	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	25,70	27,76	29,42	35,85	26,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,56
3379	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982	2025-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,50	14,58	15,45	19,39	13,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,24
3380	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,13	9,86	10,45	13,40	9,66	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	6,64
3381	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,48	13,48	14,29	19,31	19,31	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	5,79
3382	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	42,92	46,35	49,14	58,88	57,93	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	18,33
3383	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,60	13,61	14,43	17,38	9,66	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,62
3384	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,60	17,93	19,01	24,03	19,31	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,51
3385	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,80	53,78	57,01	66,75	57,93	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	26,20
3386	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,69	2,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3387	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,00	10,80	11,45	13,43	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,53
3388	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,50	17,82	18,89	22,40	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,05
3389	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	8,36	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,68
3390	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990649655	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,00	11,88	12,59	15,89	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,53
3391	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,11	4,44	4,98	6,14	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,30

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3392	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,70	8,32	8,86	10,74	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,06
3393	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,40	16,63	17,63	20,93	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,57
3394	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990941025	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,20	3,46	4,00	5,16	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,99
3395	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990941124	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,40	6,91	7,45	9,33	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,09
3396	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,66	5,03	5,57	7,45	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,77

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3397	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,32	10,07	10,67	13,97	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,61
3398	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,10	5,51	6,05	7,26	2,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,29
3399	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,20	11,02	11,67	13,65	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,70
3400	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	19,76	20,95	24,46	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,56
3401	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	3,08	3,62	4,78	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,94

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3402	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,07	4,40	4,94	6,82	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	3,14
3403	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,35	4,70	5,24	7,22	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	3,27
3404	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,37	7,96	8,50	11,80	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	4,44
3405	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,50	5,94	6,48	7,64	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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
3406	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,92	11,79	12,51	14,39	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia 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%	9,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3407	Simvastatinum	Simvasteryl, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,40	22,03	23,35	26,65	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,36
3408	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,60	4,97	5,51	6,67	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,83
3409	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,60	10,37	10,99	12,87	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,19
3410	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,90	17,17	18,20	21,50	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,14
3411	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,44	4,80	5,34	6,50	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,66

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3412	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,36	10,11	10,71	12,59	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,91
3413	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,20	11,02	11,67	13,65	5,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,70
3414	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,40	18,79	19,92	23,43	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,53
3415	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,00	5,40	5,94	7,10	2,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,26
3416	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0. Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,99	10,79	11,44	13,32	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3417	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,50	21,06	22,32	25,62	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,26
3418	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2><5>2025-01-01/<3>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3><4><5><6>3 lata - dla kolumny 15	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	418,06	451,50	478,59	504,80	497,09	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioliomiomatoza; nowotwór z epithelioidnych 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 gumiatych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	10,91
3419	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2><5>2025-01-01/<3>2023-01-01/<4>2022-09-01/<6>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2><3><4><5><6>3 lata - dla kolumny 15	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	836,12	903,01	957,19	994,18	994,18	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioliomiomatoza; nowotwór z epithelioidnych 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 gumiatych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3420	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05901812162564	2024-07-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,33	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,92
3421	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990055920	2024-10-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	58,05	62,69	66,45	73,28	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	52,75
3422	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991480509	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,33	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,80
3423	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05995327182650	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,55	22,19	23,52	30,35	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,82
3424	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05995327182667	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	41,10	44,39	47,06	57,01	57,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,10

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3425	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	03838989721473	2023-11-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,50	29,70	31,48	38,31	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,78
3426	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	03838989721466	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	13,40	14,47	15,34	19,60	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,33
3427	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,44	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
3428	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907626709803	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	35,49	42,32	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,79
3429	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,44	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,92
3430	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,31	11,13	11,80	16,06	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,21
3431	Sitagliptinum	Sitagliptin Aurovitas, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991497477	2024-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,33	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,80
3432	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05903792662263	2024-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,65	21,22	22,50	29,33	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,80
3433	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05903792662294	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	13,50	14,58	15,45	19,71	14,67	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	9,44
3434	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991470883	2023-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	18,00	19,44	20,61	27,44	27,44	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%	8,23
3435	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991481131	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,62	22,27	23,61	30,44	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,91
3436	Sitagliptinum	Sitagliptin TZF, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05904016030707	2025-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	19,50	21,06	22,32	29,15	29,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,75

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3437	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05905669739351	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,60	22,25	23,59	30,42	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,89
3438	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combidiab, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	2024-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,83	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,30
3439	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,18	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,69
3440	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,18	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,69
3441	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	46,60	50,33	53,35	60,18	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	35,69
3442	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	31,00	33,48	35,49	42,32	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,79
3443	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	41,97	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,44
3444	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	2025-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	41,97	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3445	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	2024-10-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	58,05	62,69	66,45	73,28	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	52,75
3446	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,45	24,25	25,70	32,77	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		30%	10,77
3447	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,45	24,25	25,70	32,77	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji;		30%	10,77
3448	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	2023-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	41,97	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,44
3449	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	2023-09-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,70	33,16	35,14	41,97	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	21,44
3450	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	2023-11-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,98	30,22	32,03	38,86	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,33
3451	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	2023-11-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	27,98	30,22	32,03	38,86	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,33
3452	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	33,69	36,39	38,57	45,64	31,43	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	23,64
3453	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991483197	2024-10-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,50	32,94	34,92	41,99	31,43	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	19,99

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3454	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	30,50	32,94	34,92	41,99	31,43	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	17,99
3455	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	53,78	58,08	61,57	68,64	31,43	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	41,98
3456	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,98	22,66	24,02	30,85	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,77
3457	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,98	22,66	24,02	30,85	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,77
3458	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Sitagliptin + Metformin hydrochloride Grindeks, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	04750232018101	2025-01-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,90	22,57	23,92	30,75	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	10,22
3459	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,83	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,30
3460	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,96	22,64	24,00	30,83	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,30
3461	Sodium zirconium cyclosilicate	Lokelma, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 5 g	30 sasz.	05000456088428	2025-07-01	2 lata	270,0, Leki stosowane w leczeniu hiperkaliemii i hiperfosfatemii	806,00	870,48	922,71	959,01	959,01	Leczenie hiperkaliemii u dorosłych pacjentów w przebiegu przewlekłej choroby nerek w stopniu 3b-5, u chorych przyjmujących leki z grupy inhibitorów układu renina-angiotensyna-aldosteron (inhibitory ACE oraz inhibitory receptora dla angiotensyny)		ryczałt	3,20
3462	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906414003758	2022-09-01	3 lata	75,2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,00	32,40	34,34	42,00	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	17,00
3463	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906414003741	2022-09-01	3 lata	75,2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,00	16,20	17,17	22,13	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3464	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,19	29,37	31,13	38,79	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,41
3465	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,59	14,68	15,56	20,52	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,22
3466	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991461393	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,98	25,90	27,45	35,11	35,11	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,53
3467	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991461317	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,99	12,95	13,73	18,69	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,19
3468	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,50	19,98	21,18	28,84	28,84	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,65
3469	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991405991	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	55,50	59,94	63,54	77,20	77,20	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	23,16
3470	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,25	9,99	10,59	15,55	15,55	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,67
3471	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991405953	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,75	29,97	31,77	41,43	41,43	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,43
3472	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135	2023-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,25	26,19	27,77	35,43	35,43	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,63
3473	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,90	10,69	11,33	16,29	16,29	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,89
3474	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991314620	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,25	26,19	27,77	35,43	35,43	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,63
3475	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991314545	2025-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,80	12,74	13,51	18,47	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	5,97
3476	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2022-11-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,00	27,00	28,62	36,28	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	11,28

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3477	Solifenacini succinas	Solino, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,50	26,46	28,05	35,71	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,71
3478	Solifenacini succinas	Solino, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2023-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,25	13,23	14,03	18,99	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,49
3479	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	23,96	25,88	27,43	35,09	35,09	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,53
3480	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753	2023-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,98	12,94	13,72	18,68	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,18
3481	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	32,05	39,71	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,71
3482	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	16,03	20,99	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,49
3483	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,30	28,40	30,11	37,77	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,77
3484	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,44	14,52	15,39	20,35	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,85
3485	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	28,00	30,24	32,05	39,71	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,71
3486	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05906720537404	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	73,20	79,06	83,80	97,46	97,46	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	29,24
3487	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,00	15,12	16,03	20,99	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,49
3488	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05906720537398	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	36,60	39,53	41,90	51,56	51,56	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	15,47
3489	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315	2024-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	77,00	83,16	88,15	102,28	102,28	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	30,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3490	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,20	29,38	31,14	38,80	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	13,80
3491	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285	2024-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	38,50	41,58	44,07	54,20	54,20	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,26
3492	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2022-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,60	14,69	15,57	20,53	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,03
3493	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Beplasot, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05901720141095	2024-10-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,40	22,03	23,35	30,32	30,32	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napętnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,10
3494	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061	2025-01-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,40	22,03	23,35	30,32	30,32	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napętnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	8,19
3495	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164	2024-07-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	27,79	30,01	31,82	38,79	30,43	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napętnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	15,74
3496	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991519230	2025-01-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,49	22,13	23,46	30,43	30,43	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napętnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,13
3497	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Tamsunorm Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05397258000926	2024-07-01	2 lata	76.2, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – działające rozkurczowo na drogi moczowe w skojarzeniu z blokerem receptora alfa-adrenergicznego	20,50	22,14	23,47	30,44	30,43	Leczenie umiarkowanych i ciężkich objawów w fazie napętnienia pęcherza i w fazie opróżniania pęcherza, związanych z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego u mężczyzn, którzy niewystarczająco odpowiadają na leczenie w monoterapii		30%	9,14
3498	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	2025-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	10,00	10,80	11,45	15,55	15,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,02

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3499	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	2025-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,60	6,05	6,59	8,90	7,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,64
3500	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1.5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,95	15,07	15,97	20,69	17,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,18
3501	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	2025-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,10	18,47	19,58	25,12	21,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,48
3502	Spirolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,92
3503	Spirolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,00	15,12	16,03	21,08	20,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,95
3504	Spirolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	6,43	6,94	7,48	9,44	6,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,20
3505	Spirolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	25,40	27,43	29,07	36,84	36,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	11,05
3506	Spirolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,50	9,18	9,73	13,20	12,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,72
3507	Spirolactonum	Spirolon, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38.0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	17,20	18,58	19,69	24,74	20,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	9,55

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3508	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,30	4,64	5,18	6,64	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,43
3509	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,50	8,10	8,64	12,11	12,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,27
3510	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,00	16,20	17,17	22,94	22,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,19
3511	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,20	9,94	10,53	14,86	14,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,01
3512	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	08595566454760	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	12,00	12,96	13,74	18,79	18,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,64
3513	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	20 szt.	08595566454715	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	2,40	2,59	3,13	4,59	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	1,76
3514	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	14,50	15,66	16,60	22,37	22,37	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%	6,71
3515	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,10	4,43	4,97	6,43	4,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,60
3516	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 9 miesięcy/<2>3 lata - dla kolumny 15	38,0, Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,10	8,75	9,29	12,76	12,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,28

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- zywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczenio- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3517	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronysinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 100+300 IR	31 szt.	05909991484194	<1>2025-01- 01/<2>2025- 04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	96,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiąz- ywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finanso- wania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeno- biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3518	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronysinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	30 szt.	05909991484170	<1>2025-01- 01/<2>2025- 04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	245,00	264,60	280,48	301,24	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergicznego nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	96,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3519	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909991484187	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	735,00	793,80	841,43	876,11	876,11	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skóme lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.		30%	262,83
3520	Standaryzowany wyciąg alergenowy pyłku trawy, tymotki łąkowej (Phleum pratense)	Grazax, liofilizat podjęzykowy, 75000 SQ-T	30 szt.	05909990072255	2025-07-01	2 lata	214.8, Alergeny pyłków roślin- produkty do stosowania doustnego	250,00	270,00	286,20	307,12	307,12	Leczenie modyfikujące nieżyty nosa i zapalenia spojówek, wywołanego przez pyłki traw, dzieci od ukończonego 5. roku życia do ukończonego 18. roku życia, z klinicznymi objawami i rozpoznaniem dodatnim wynikiem skórnych testów punktowych lub testu w kierunku swoistej immunoglobuliny IgE na pyłki traw		30%	92,14

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3521	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat podjęzykowy, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	2 lata	214.7, Alergeny kurzu domowego - produkty do stosowania doustnego	309,00	333,72	353,74	374,50	292,04	<1>Leczenie młodzieży w wieku od ukończonego 12. roku życia do ukończonego 18. roku życia z umiarkowanym lub ciężkim alergicznym nieżytem nosa spowodowanym kurzem domowym, utrzymującym się pomimo stosowania leków łagodzących objawy, u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocza kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E); <2>Leczenie dorosłych chorych (w wieku od 18 do 65 lat), u których rozpoznanie zostało postawione na podstawie wywiadu klinicznego oraz dodatniego testu alergicznego na roztocze kurzu domowego (punktowe testy skórne lub swoiste immunoglobuliny E) oraz co najmniej jednego z poniższych stanów: - umiarkowany do ciężkiego alergiczny nieżyt nosa spowodowany kurzem domowym, utrzymujący się pomimo stosowania leków łagodzących objawy; - astma oskrzelowa wywołana alergią na kurz domowy, niekontrolowana dobrze za pomocą wziewnych kortykosteroidów z towarzyszącym umiarkowanym do ciężkiego alergicznym nieżytem nosa wywołanym przez kurz domowy.;		30%	170,07
3522	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sas.	05909990017294	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	625,00	675,00	715,50	747,66	738,74	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	12,12
3523	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232	2024-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	625,00	675,00	715,50	747,66	738,74	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	12,12
3524	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sas.	05909990017331	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 6 miesięcy - dla kolumny 15	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1250,00	1350,00	1431,00	1477,47	1477,47	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3525	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263	2024-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1250,00	1350,00	1431,00	1477,47	1477,47	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	3,20
3526	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię płynne	15,50	16,74	17,74	23,63	23,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,82
3527	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	14,42	15,57	16,51	22,09	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,05
3528	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46
3529	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46
3530	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46
3531	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	13,40	14,47	15,34	20,92	20,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,46
3532	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000	2024-01-01 - dla kolumny 14, <1>2024-01-01/<2>2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	13,45	14,53	15,40	20,98	20,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	10,49

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3533	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	14,42	15,57	16,51	22,09	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,05
3534	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie płynne	8,26	8,92	9,46	15,35	15,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	6,91
3535	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	7,88	8,51	9,05	10,94	5,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	7,36
3536	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	22,55	28,13	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,38
3537	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacie stałe	19,70	21,28	22,55	28,13	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	15,38
3538	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	39,00	42,12	44,65	55,12	55,12	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3539	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	39,00	42,12	44,65	55,12	55,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,54
3540	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,60	47,09	49,92	60,39	56,22	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,37
3541	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	43,60	47,09	49,92	60,39	56,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,04

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3542	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,80	23,54	24,96	32,17	28,11	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,26
3543	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,80	23,54	24,96	32,17	28,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,49
3544	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,25	28,11	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,34
3545	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2025-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	21,00	22,68	24,04	31,25	28,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,57
3546	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,05	4,37	4,91	6,31	3,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	2,23
3547	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,76	6,22	6,76	9,58	9,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	0,00
3548	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-07-01/<2>2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2><3>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,10	3,35	3,89	4,81	1,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	2,60
3549	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,21	5,63	6,17	7,57	3,83	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,37
3550	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,65	10,42	11,05	13,87	9,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,86

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3551	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 15	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - kłozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	4,20	4,74	5,66	1,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>zespół Tourette'a; <2>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	bezpłatny do limitu	3,37
3552	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	2024-01-01	2 lata	255.0, Szczepionki przeciw pneumokokom	227,13	245,30	260,02	280,22	280,22	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, wyciekami płynu mózgowo-rdzeniowego, wrodzoną lub nabytą asplenią, niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu łitego		50%	140,11
3553	Szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem)	Shingrix, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 50 µg	1 fiol. proszku + 1 fiol. 0,5 ml zawiesiny	05909991364885	2025-04-01	2 lata	269.0, Szczepionki przeciw półpaścowi	628,00	678,24	718,93	751,16	751,16	Profilaktyka półpaśca i neuralgii półpaścowej u pacjentów w wieku 18 lat i starszych o zwiększonym ryzyku zachorowania na półpaśiec tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu łitego, reumatoidalnym zapaleniem stawów, łuszczycą, łuszczycowym zapaleniem stawów, nieswoistym zapaleniem jelit, zeszytyniającym zapaleniem stawów kręgosłupa, stwardnieniem rozsianym, toczniem układowym.		50%	375,58
3554	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) (bivalentna, rekombinowana)	Abrysvo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań	1 fiol. proszku + amp.-strzyk. z rozpuszczalnikiem + adapter fiolki + igła	05415062116210	2025-04-01	2 lata	272.0, Szczepionki przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV)	685,00	739,80	784,19	817,72	817,72	<1>Profilaktyka zakażeń RSV u niemowląt poprzez zaszczepienie matki w okresie ciąży; <2>Profilaktyka zakażeń RSV u pacjentów w wieku 60 lat i starszych		50%	408,86
3555	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	258,72	278,88	278,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	139,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3556	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	58,01	56,86	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,35
3557	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,67	113,72	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,15
3558	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	281,13	303,62	321,84	343,13	341,15	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	5,18
3559	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	472,32	510,11	540,71	567,50	567,50	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3560	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	31,16	33,65	35,67	46,12	46,12	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3561	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	62,32	67,31	71,34	85,79	85,79	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3562	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533	2023-05-01 - dla kolumny 14, <1><2><3>2023-05-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	311,62	336,55	356,75	383,54	383,54	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3563	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2><3>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	34,50	37,26	39,50	49,95	49,95	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3564	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	69,00	74,52	78,99	93,44	93,44	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3565	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	138,00	149,04	157,98	176,52	176,52	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3566	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	207,00	223,56	236,97	258,26	258,26	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3567	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	2023-11-01 - dla kolumny 14, <1><2>2023-11-01/<3>2025-04-01/<4>2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1><2>3 lata/<3>1 rok 9 miesięcy/<4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	345,00	372,60	394,96	421,75	421,75	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3568	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	93,50	100,98	107,04	121,84	121,84	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3569	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	127,13	137,30	145,54	162,13	162,13	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3570	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	402,00	434,16	460,21	485,03	485,03	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3571	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	529,00	571,32	605,60	634,35	634,35	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henoch-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,66

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3572	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	41,55	44,87	47,56	58,01	56,86	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,35
3573	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	87,55	94,55	100,22	114,67	113,72	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	4,15
3574	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2025-07-01/<2>2022-09-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>2 lata 6 miesięcy/<2>3 lata/<3><4>2 lata - dla kolumny 15	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	472,32	510,11	540,71	567,50	567,50	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>zespół nerczycowy sterydozależny/zespół nerczycowy sterydoopomy/zespół nerczycowy nawracający - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę, nefropatia toczniowa/toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia; <4>zespół Henocho-Schoenleina (zapalenie naczyń spowodowane IgA, IgA-vasculitis) w przypadku nietolerancji, przeciwwskazań lub opomości na inne metody leczenia	ryczałt	3,20
3575	Tafloprostum	Taflostan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	2025-04-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	49,50	53,46	56,67	64,77	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	39,93
3576	Tafloprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,70	70,96	75,21	83,64	38,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	57,03
3577	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990331017	2025-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,10	9,83	10,42	15,65	15,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3578	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2025-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	13,20	14,26	15,11	20,34	20,34	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3579	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	19,05	24,07	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,96
3580	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	57,21	66,95	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,62
3581	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	66,65	71,98	76,30	87,47	77,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	20,73
3582	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	24,09	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,18
3583	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906	2024-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,99	53,99	57,23	66,97	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,78
3584	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,57	17,90	18,96	23,98	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,87
3585	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	49,71	53,69	56,91	66,65	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,32
3586	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,30	17,60	18,66	23,68	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,57

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3587	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	47,41	51,20	54,27	64,01	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	15,68
3588	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	11,33	16,35	16,35	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3589	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	11,42	16,44	16,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3590	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	15,10	16,31	17,29	22,31	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,20
3591	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	34,00	43,74	43,74	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3592	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	34,24	43,98	43,98	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3593	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	45,30	48,92	51,86	61,60	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,27
3594	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,00	17,28	18,32	23,34	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,23
3595	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	24,09	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3596	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	23,91	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,80
3597	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184	2025-04-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	45,00	48,60	51,52	61,26	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,93
3598	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,30	17,60	18,66	23,68	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,57
3599	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	41,21	50,95	50,95	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3600	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,10	10,91	11,57	16,59	16,59	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3601	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451	2024-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,66	17,99	19,07	24,09	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,98
3602	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	15,04	20,06	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,95
3603	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	30,07	37,81	37,81	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
3604	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	45,10	54,84	54,84	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3605	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,98	10,78	11,43	16,45	16,45	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3606	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,56	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
3607	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,50	10,26	10,88	15,90	15,90	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3608	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036	2023-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	28,50	30,78	32,63	42,37	42,37	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3609	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,58	17,91	18,98	24,00	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,89
3610	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,54	17,86	18,93	23,95	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,84
3611	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,56	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
3612	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	32,40	34,99	37,09	44,83	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,61
3613	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	57,19	66,93	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,60

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3614	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221	2025-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,20	17,50	18,54	23,56	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
3615	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	38,12	45,86	38,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,64
3616	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	57,19	66,93	57,93	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,60
3617	Tamsulosinum	Omnice 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,54	17,86	18,93	23,95	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,84
3618	Tamsulosinum	Omnice Ocas 0,4, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,82	18,17	19,26	24,28	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,17
3619	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	176,76	190,90	202,36	220,96	220,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3620	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	265,14	286,35	303,53	324,91	324,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3621	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	339,36	366,51	388,50	412,65	412,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3622	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	401,54	433,66	459,68	486,61	486,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3623	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	2024-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	88,17	95,22	100,94	115,44	115,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		bezpłatny do limitu	0,00
3624	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,11	9,84	10,43	13,69	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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%	6,17

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3625	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,93
3626	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,77	23,51	24,93	30,39	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	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%	15,34
3627	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,23	13,21	14,00	17,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,77
3628	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,46	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,57
3629	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,75	8,37	8,91	12,17	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,65
3630	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,00	16,20	17,17	22,63	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,58
3631	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,45	6,97	7,51	10,77	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,25
3632	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3633	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3634	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,80	27,86	29,54	37,80	37,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,34
3635	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,50	8,10	8,64	11,90	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,38

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3636	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,19	16,41	17,39	22,85	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,80
3637	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,05	9,77	10,36	13,62	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,10
3638	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,90	15,01	15,91	21,37	21,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,41
3639	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,40	16,63	17,63	23,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,04
3640	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,10	19,55	20,73	26,19	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,14
3641	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,47	9,15	9,70	12,96	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,44
3642	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,94	18,30	19,40	24,86	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,81
3643	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,99	11,87	12,58	15,84	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,49
3644	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,68	20,17	21,38	26,84	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,61
3645	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,98	23,74	25,16	30,62	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,01
3646	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,36	40,35	42,77	51,03	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,84

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3647	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,98	12,94	13,72	16,98	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,46
3648	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,96	25,88	27,43	32,89	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,84
3649	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,90	7,45	7,99	11,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,73
3650	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,97	7,53	8,07	11,33	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,81
3651	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,75	9,45	10,02	13,28	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,76
3652	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,26	21,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,38
3653	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,44	21,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,43
3654	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,90	19,33	20,49	25,95	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,90
3655	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,80	14,90	15,80	21,26	21,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,38
3656	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,96	15,08	15,98	21,44	21,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,43
3657	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,50	18,90	20,03	25,49	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,44

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3658	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	2024-10-01 - dla kolumny 14, 2024-10-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,60	29,81	31,60	39,86	39,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,96
3659	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,91	30,14	31,95	40,21	40,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,06
3660	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,80	38,66	40,99	49,25	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,15
3661	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,00	10,80	11,45	14,71	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,47
3662	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,30	25,16	26,68	32,14	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,09
3663	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,80	30,02	31,83	38,89	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,69
3664	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,90	13,93	14,76	20,22	20,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,07
3665	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,00	21,60	22,90	28,36	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,98
3666	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,85	14,96	15,85	21,60	21,60	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%	6,48
3667	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,80	27,86	29,54	37,80	37,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,34
3668	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,60	50,33	53,35	61,61	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	31,51

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3669	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,70	41,80	44,30	54,56	54,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,37
3670	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	55,60	60,05	63,66	73,92	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	25,89
3671	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,95	9,67	10,25	13,51	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,99
3672	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,99	15,11	16,02	21,48	21,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,44
3673	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,90	19,33	20,49	25,95	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,90
3674	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,98	30,22	32,03	40,29	40,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,09
3675	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,87	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,35
3676	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,64
3677	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 40 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764234	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,00	15,12	16,03	19,29	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,77
3678	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764241	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	37,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,46
3679	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 25 mg	28 szt.	03838989764289	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	37,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,46

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3680	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764319	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,00	30,24	32,05	37,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,46
3681	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	9,00	12,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,27
3682	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,83	8,46	9,00	12,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,27
3683	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	17,94	23,40	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,52
3684	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,67	16,92	17,94	23,40	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,52
3685	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,94	9,66	10,24	13,50	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,98
3686	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,94	9,66	10,24	13,50	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,98
3687	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,65	16,90	17,92	23,38	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,33
3688	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,48	25,36	26,88	33,94	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,37
3689	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,88	19,31	20,47	25,93	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,88
3690	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	44,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,99

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3691	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	64,01	64,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,20
3692	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	2023-03-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,88	19,31	20,47	25,93	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,88
3693	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,30	33,80	35,83	44,09	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	13,99
3694	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,95	50,71	53,75	64,01	64,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	19,20
3695	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,10	23,87	25,30	30,76	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,71
3696	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,10	23,87	25,30	30,76	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,71
3697	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991020026	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,42	29,61	31,40	36,86	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,81
3698	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,24	30,50	32,32	37,78	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	22,73
3699	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,48	12,40	13,14	16,40	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,88
3700	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	31,75	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,70
3701	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,96	24,80	26,29	31,75	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3702	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,80	9,50	10,08	13,34	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,82
3703	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,56
3704	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,60	19,01	20,15	25,61	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,56
3705	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,10	11,99	12,71	15,97	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,45
3706	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,38	24,17	25,62	31,08	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,03
3707	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,38	24,17	25,62	31,08	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,03
3708	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,65	10,42	11,05	14,31	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,79
3709	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,56	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
3710	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,30	20,84	22,10	27,56	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,51
3711	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,23	13,21	14,00	17,26	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,74
3712	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,46	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3713	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,46	26,42	28,00	33,46	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,41
3714	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,55	11,39	12,07	15,33	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,81
3715	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	24,16	29,62	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,57
3716	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	24,16	29,62	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,57
3717	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,20	45,58	48,31	56,57	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	26,47
3718	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,10	22,79	24,16	29,62	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,57
3719	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,20	45,58	48,31	56,57	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	26,47
3720	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	11,71	12,41	15,67	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,15
3721	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,27	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,22
3722	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	47,13	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	24,56
3723	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,27	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,22

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3724	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,34	46,81	49,62	57,88	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	27,78
3725	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,00	75,60	80,14	90,40	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	45,25
3726	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,67	23,40	24,81	30,27	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,22
3727	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	43,34	46,81	49,62	57,88	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	27,78
3728	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,00	75,60	80,14	90,40	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	45,25
3729	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,97	8,61	9,15	12,41	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	4,89
3730	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,66
3731	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,66
3732	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	36,50	44,76	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,66
3733	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,94	17,22	18,25	23,71	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,66
3734	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,89	34,44	36,50	44,76	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,66

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3735	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	16,14	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,62
3736	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,48	17,80	18,87	24,33	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,28
3737	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,22	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,17
3738	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	46,00	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,90
3739	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	31,22	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,17
3740	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 1 rok 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,96	35,60	37,74	46,00	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	15,90
3741	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,35	23,06	24,44	30,19	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,06
3742	Terazosinum	Komam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2025-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	21,34	7,72	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,82
3743	Terazosinum	Komam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2025-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	16,50	17,82	18,89	21,34	7,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,94
3744	Terazosinum	Komam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2025-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	33,72	38,74	19,31	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3745	Terazosinum	Komam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2025-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	29,45	31,81	33,72	38,74	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,22
3746	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	2025-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	18,40	19,87	21,06	27,49	24,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,65
3747	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	2024-07-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	36,80	39,74	42,13	51,56	49,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,24
3748	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	2024-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	15,50	16,74	17,74	24,17	24,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,09
3749	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	2025-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	34,80	37,58	39,84	49,27	49,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,64
3750	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	41,21	50,64	49,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,01
3751	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	2025-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,72	20,22	21,43	24,84	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,42
3752	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	2024-04-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,22	8,88	9,42	11,35	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,74
3753	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	2024-04-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,00	17,28	18,32	21,73	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,62
3754	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,16	12,05	12,78	14,71	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,96
3755	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,88	35,51	37,64	42,26	17,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	34,02

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3756	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,16	12,05	12,78	14,71	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,96
3757	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,88	35,51	37,64	42,26	17,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	34,02
3758	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,32	24,11	25,55	28,96	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,47
3759	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,66	70,91	75,17	82,42	35,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	65,94
3760	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,32	24,11	25,55	28,96	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,47
3761	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	65,66	70,91	75,17	82,42	35,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	65,94
3762	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,81	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,06
3763	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,68
3764	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,25	12,15	12,88	14,81	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	12,06
3765	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,68
3766	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3767	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,20	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	46,21
3768	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,50	24,30	25,76	29,17	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	23,68
3769	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	45,00	48,60	51,52	57,20	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	46,21
3770	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,99	21,59	22,89	26,30	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	18,73
3771	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,30	13,28	14,08	16,01	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	ryczałt	11,93
3772	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	2023-01-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyne	358,00	386,64	409,84	434,16	434,16	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingtona		ryczałt	3,20
3773	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,78	6,24	6,78	9,38	8,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,16
3774	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,75	11,61	12,31	16,84	16,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00
3775	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	2025-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyne - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,78	25,78	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3776	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	2025-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyne - postacie do podawania doustnego	17,00	18,36	19,46	25,78	25,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3777	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	150,00	162,00	171,72	189,49	189,49	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	3,20
3778	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	228,00	246,24	261,01	281,14	281,14	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	3,20
3779	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2025-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postacie farmaceutyczne	72,00	77,76	82,43	96,17	94,74	Padaczka opoma na leczenie		ryczałt	4,63
3780	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12.5 mg	30 szt.	05909991290016	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,50	10,26	10,88	14,32	10,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,88
3781	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2024-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,44	16,68	17,68	21,12	10,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,31
3782	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt.	05909990875245	2022-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,96	16,16	17,13	20,57	10,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,13
3783	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12.5 mg	90 szt.	05909991201821	2024-10-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	37,47	40,47	42,90	50,19	31,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,87
3784	Ticlopidini hydrochloridum	Aclostin, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909990667116	2025-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwplatekcyjne - tyklopidyna	8,40	9,07	9,61	13,35	11,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,97
3785	Ticlopidini hydrochloridum	Aclostin, tabl. powł., 250 mg	60 szt.	05909990334971	2025-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwplatekcyjne - tyklopidyna	24,65	26,62	28,22	35,90	35,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,77
3786	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	425,87	450,63	450,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3787	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 10 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991299545	2025-04-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,50	84,78	89,87	103,81	103,81	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3788	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 10 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991299545	2025-04-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,50	84,78	89,87	103,81	103,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,14
3789	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	2023-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	95,51	95,51	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3790	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	2023-03-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	71,25	76,95	81,57	95,51	95,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3791	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,37	103,81	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,76
3792	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,37	103,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,70
3793	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,37	103,81	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,76
3794	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,37	103,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,70
3795	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł. 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	2025-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	93,55	101,03	107,09	121,03	103,81	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące		30%	48,36
3796	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991253998	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,37	103,81	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,76
3797	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991253998	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,37	103,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,70
3798	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991254001	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,37	103,81	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,76
3799	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991254001	2025-07-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	78,99	85,31	90,43	104,37	103,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,70
3800	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	2025-07-01	3 lata	144.0, Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	20,33	21,96	23,27	30,21	30,21	Stwardnienie rozsiane		30%	9,06
3801	Tolterodini hydrochloridas	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641	2025-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,20	11,02	11,67	14,41	8,33	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	8,58

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3802	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	2025-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,05	18,41	19,52	24,24	16,66	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,58
3803	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	2025-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,00	9,72	10,30	13,04	8,33	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	7,21
3804	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	2025-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,00	19,44	20,61	25,33	16,66	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,67
3805	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	19,73	24,69	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,19
3806	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	17,24	18,62	19,73	24,69	17,86	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,19
3807	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	2024-04-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	34,46	37,22	39,45	47,11	35,71	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	22,11
3808	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	27,06	29,22	30,97	38,76	34,52	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,44
3809	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	54,13	58,46	61,97	73,20	69,04	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,36
3810	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,76	7,30	7,84	10,82	8,63	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,39
3811	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	13,53	14,61	15,49	20,55	17,26	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,49
3812	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	52,00	56,16	59,53	71,17	71,17	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3813	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,90	16,09	17,05	22,37	18,49	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3814	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,00	30,24	32,05	40,15	36,99	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,36
3815	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990759019	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	33,00	35,64	37,78	45,57	34,52	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	14,25
3816	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990759118	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	50,50	54,54	57,81	69,04	69,04	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3817	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990758814	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	18,00	19,44	20,61	23,59	8,63	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	18,16
3818	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990758913	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	23,00	24,84	26,33	31,39	17,26	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	17,33
3819	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671496	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	25,80	27,86	29,54	37,64	36,99	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,85
3820	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	51,60	55,73	59,08	70,72	70,72	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3821	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990671472	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	6,45	6,97	7,51	10,67	9,25	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,62
3822	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	12,90	13,93	14,76	20,08	18,49	Padaczka opoma na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,79
3823	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990733552	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	25,78	24,11	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,01
3824	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990733569	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	34,00	36,72	38,92	48,21	48,21	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,01
3825	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991340100	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	32,53	32,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,78
3826	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	60 szt.	05909991340117	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	40,00	43,20	45,79	59,02	59,02	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	15,94

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3827	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990734504	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	11,90	12,85	13,62	17,48	12,05	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,15
3828	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990734528	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	23,80	25,70	27,25	33,57	24,11	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	15,02
3829	Torasemidum	Diuver, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991003821	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,00	21,60	22,90	29,22	24,11	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	12,34
3830	Torasemidum	Diuver, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990422883	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	23,32	12,05	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	14,89
3831	Torasemidum	Ebozan, tabl., 10 mg	30 szt.	08594739273795	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	16,00	17,28	18,32	24,64	24,11	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	7,76
3832	Torasemidum	Ebozan, tabl., 20 mg	30 szt.	08594739273801	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	32,53	32,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,76
3833	Torasemidum	Ebozan, tabl., 5 mg	30 szt.	08594739273818	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	13,00	14,04	14,88	18,74	12,05	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	10,31
3834	Torasemidum	Toradiur, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991426811	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	15,90	17,17	18,20	24,52	24,11	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	6,88
3835	Torasemidum	Toradiur, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991426804	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	12,00	12,96	13,74	17,60	12,05	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,25
3836	Torasemidum	Toramide, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991162115	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	23,19	25,05	26,55	32,87	24,11	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	14,39
3837	Torasemidum	Toramide, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909991161910	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	10,00	10,80	11,45	13,60	6,03	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,44
3838	Torasemidum	Toramide, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991268350	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	32,53	32,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	8,78
3839	Torasemidum	Toramide, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991162016	2025-01-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	17,00	18,36	19,46	23,32	12,05	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	13,40
3840	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991228545	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	9,90	10,69	11,33	17,65	17,65	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,30
3841	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991431587	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	9,90	10,69	11,33	17,65	17,65	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,30
3842	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990791064	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	10,15	10,96	11,62	17,94	17,94	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,38
3843	Torasemidum	Torsemed, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990797967	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	32,53	32,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,76
3844	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991243920	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	19,80	21,38	22,67	31,96	31,96	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,59
3845	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991431624	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	19,80	21,38	22,67	31,96	31,96	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,59
3846	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990791071	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	20,30	21,92	23,24	32,53	32,53	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	9,76
3847	Torasemidum	Torsemed, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990797905	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	40,60	43,85	46,48	59,71	59,71	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	17,91
3848	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991228514	2025-07-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	4,95	5,35	5,89	9,75	9,75	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	2,93
3849	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791057	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	5,07	5,48	6,02	9,88	9,88	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	2,96

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3850	Torasemidum	Torsemed, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990797981	2025-04-01	2 lata	37.1, Leki moczopędne pętlowe - torasemid	10,15	10,96	11,62	17,94	17,94	Niewydolność mięśnia sercowego		30%	5,38
3851	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,99	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,72
3852	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,04	6,52	7,06	9,99	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
3853	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,60	78,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,22
3854	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2024-04-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	57,95	62,59	66,34	78,60	78,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3855	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,60	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,76
3856	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,41	5,84	6,38	8,60	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,05
3857	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,27	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,85
3858	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,10	5,51	6,05	8,27	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,95
3859	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,57
3860	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3861	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,85	29,00	30,74	37,98	31,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,85
3862	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,85	29,00	30,74	37,98	31,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,36
3863	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,88	8,51	9,05	12,15	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,51
3864	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,88	8,51	9,05	12,15	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,66
3865	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,48	26,44	28,03	34,89	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,97
3866	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,48	26,44	28,03	34,89	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,43
3867	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,20	43,42	46,02	55,16	47,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,96
3868	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,20	43,42	46,02	55,16	47,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,73
3869	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,05	10,85	11,50	15,48	12,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,63
3870	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,05	10,85	11,50	15,48	12,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,83
3871	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,30	34,88	36,98	44,98	37,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,42

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3872	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,30	34,88	36,98	44,98	37,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,03
3873	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,80	58,10	61,59	72,09	63,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,82
3874	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,80	58,10	61,59	72,09	63,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,85
3875	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	5,53	7,75	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,33
3876	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	5,53	7,75	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,43
3877	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2025-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,94	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,52
3878	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2025-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,80	5,18	5,72	7,94	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,62
3879	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,70	6,16	6,70	9,63	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,39
3880	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	5,70	6,16	6,70	9,63	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,13
3881	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,70	5,08	5,62	7,84	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,08
3882	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,70	5,08	5,62	7,84	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3883	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,17	8,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,31
3884	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,20	6,70	7,24	10,17	8,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,80
3885	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,52	64,28	68,14	80,40	80,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,12
3886	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2025-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,52	64,28	68,14	80,40	80,40	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3887	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,42	5,85	6,39	8,61	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,19
3888	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,42	5,85	6,39	8,61	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,29
3889	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,83	6,30	6,84	9,46	8,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,53
3890	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	5,83	6,30	6,84	9,46	8,47	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,99
3891	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	10,83	11,70	12,40	16,95	16,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,09
3892	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2025-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	10,83	11,70	12,40	16,95	16,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3893	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	8,48	6,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,06

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3894	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,30	5,72	6,26	8,48	6,32	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,16
3895	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,57
3896	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,25	17,55	18,61	23,85	18,97	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,88
3897	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,08	29,25	31,00	38,24	31,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,11
3898	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,08	29,25	31,00	38,24	31,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,62
3899	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,23	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,59
3900	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,95	8,59	9,13	12,23	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,74
3901	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	23,79	30,65	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,73
3902	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	23,79	30,65	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,19
3903	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,38	26,33	27,91	34,77	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,85
3904	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,38	26,33	27,91	34,77	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3905	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	39,66	48,80	47,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,60
3906	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	39,66	48,80	47,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
3907	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,63	43,88	46,52	55,66	47,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,46
3908	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,63	43,88	46,52	55,66	47,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,23
3909	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	16,12	12,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,27
3910	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,60	11,45	12,14	16,12	12,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,47
3911	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,50	35,10	37,21	45,21	37,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,65
3912	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,50	35,10	37,21	45,21	37,95	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,26
3913	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,17	58,50	62,01	72,51	63,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	28,24
3914	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2025-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	54,17	58,50	62,01	72,51	63,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	9,27
3915	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,00	5,40	5,94	7,27	3,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,06

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3916	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,00	5,40	5,94	7,27	3,16	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,11
3917	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,70	8,32	8,86	11,96	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,32
3918	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,70	8,32	8,86	11,96	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,47
3919	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,83	13,86	14,69	19,30	15,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,23
3920	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,83	13,86	14,69	19,30	15,81	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,49
3921	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	15,69	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,73
3922	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,96	10,76	11,40	15,69	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,46
3923	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	17,05	22,77	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,83
3924	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	16,09	17,05	22,77	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,42
3925	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,92	21,51	22,81	29,67	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,75
3926	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,92	21,51	22,81	29,67	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3927	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,81
3928	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3929	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	8,36	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,04
3930	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,98	5,38	5,92	8,36	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,12
3931	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,63	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,10
3932	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,91	10,70	11,34	15,63	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,26
3933	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,74	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,02
3934	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,87	16,06	17,02	22,74	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,25
3935	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,93	10,72	11,37	15,66	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
3936	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,93	10,72	11,37	15,66	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,29
3937	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,86	21,45	22,73	29,59	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,70

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3938	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,86	21,45	22,73	29,59	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,02
3939	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,53
3940	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,80	32,18	34,12	42,69	42,69	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3941	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,33	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,35
3942	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,95	5,35	5,89	8,33	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,21
3943	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,90	10,69	11,33	15,62	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,66
3944	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2024-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,90	10,69	11,33	15,62	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,39
3945	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	16,04	17,00	22,72	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,78
3946	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,85	16,04	17,00	22,72	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
3947	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,46	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,50
3948	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2025-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,75	10,53	11,17	15,46	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3949	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,51	21,07	22,33	29,19	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,27
3950	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,51	21,07	22,33	29,19	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,73
3951	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,26	31,60	33,50	42,07	42,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,62
3952	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	2023-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,26	31,60	33,50	42,07	42,07	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3953	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,91	4,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,33
3954	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,32	3,59	4,13	5,91	4,74	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,05
3955	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,11
3956	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,18
3957	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,31
3958	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,47
3959	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	23,06	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3960	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,15	16,36	17,34	23,06	21,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,54
3961	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 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	5,88	8,32	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,34
3962	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 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	5,88	8,32	7,12	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,20
3963	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 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	11,31	15,60	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,64
3964	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 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	11,31	15,60	14,23	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,37
3965	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 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	16,76	22,48	21,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,54
3966	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 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	16,76	22,48	21,35	Nowotwory złośliwe;		bezpłatny do limitu	1,13
3967	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	17,84	18,91	25,10	23,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,50
3968	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,52	17,84	18,91	25,10	23,72	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,38
3969	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,45
3970	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2023-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,05	5,45	5,99	8,43	7,12	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3971	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,90
3972	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2024-10-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,10	10,91	11,57	15,86	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,63
3973	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,78	9,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,73
3974	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,61	7,14	7,68	10,78	9,49	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,16
3975	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,65	14,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,12
3976	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,92	10,71	11,36	15,65	14,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,28
3977	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,58	28,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,69
3978	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,85	21,44	22,72	29,58	28,46	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,01
3979	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,65	42,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,52
3980	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2024-04-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,77	32,15	34,08	42,65	42,65	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3981	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,28	27,30	28,94	36,54	31,68	Jaskra		ryczałt	8,06
3982	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	2025-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,28	27,30	28,94	36,54	31,68	Jaskra		ryczałt	8,06
3983	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,37	31,68	Jaskra		ryczałt	10,89
3984	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 przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,37	31,68	Jaskra		ryczałt	10,89
3985	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 przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,25	89,91	95,31	108,91	95,03	Jaskra		ryczałt	21,88
3986	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 przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	111,00	119,88	127,07	142,05	126,70	Jaskra		ryczałt	26,02
3987	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106	2025-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,00	23,76	25,19	32,79	31,68	Jaskra		ryczałt	4,31
3988	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 przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,75	29,97	31,77	39,37	31,68	Jaskra		ryczałt	10,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
3989	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,18	19,63	20,81	24,25	10,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	16,81
3990	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	49,29	53,23	56,43	63,72	31,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	41,40
3991	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	2025-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,13	15,26	16,18	18,87	7,97	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,29
3992	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	2024-10-01	1 rok 9 miesięcy	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	26,80	28,94	30,68	35,33	15,95	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	24,17
3993	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2024-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,76	54,82	58,11	65,40	31,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	43,08
3994	Trimetazidini dihydrochloridum	Metazydyna, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990861330	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	18,00	19,44	20,61	26,48	22,29	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	9,79
3995	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991210083	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	54,10	58,43	61,94	73,57	73,57	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	19,86
3996	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990846115	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	10,53
3997	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991097592	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	25,00	27,00	28,62	40,25	40,25	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	10,87
3998	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990919680	2025-01-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	12,50	13,50	14,31	22,40	22,40	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	6,05
3999	Trimetazidini dihydrochloridum	Setal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990646746	2025-04-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	15,00	16,20	17,17	25,26	25,26	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	6,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4000	Trimetazidini dihydrochloridum	Trimeductan MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909991151812	2025-04-01	2 lata	31.2, Inne leki kardiologiczne – trimetazydyna	12,20	13,18	13,96	22,05	22,05	Leczenie dorosłych pacjentów ze stabilną dławicą piersiową, u których leczenie przeciwdławicowe pierwszego rzutu jest niewystarczające lub nie jest tolerowane		30%	5,96
4001	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	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	518,00	559,44	593,01	619,82	555,81	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	73,61
4002	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3.75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	248,90	268,81	284,94	302,17	172,92	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	132,45
4003	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	135,00	145,80	154,55	171,73	171,73	Desensybilizacja przysadki mózgowej i zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20
4004	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	2025-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	7,20	7,78	8,32	12,86	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4005	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	2025-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	10,80	11,66	12,37	16,91	16,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4006	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	2024-04-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	126,86	137,01	145,23	160,63	134,41	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	66,54

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4007	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	2024-07-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	55,00	59,40	62,96	75,76	75,76	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajeczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Pacjenci zakwalifikowani do programu polityki zdrowotnej: leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji, na lata 2024-2028		ryczałt	3,20
4008	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antigen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	2025-07-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	37,60	40,61	43,05	52,81	52,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,41
4009	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postaci do stosowania doustnego	400,00	432,00	457,92	483,56	483,56	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięszsowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	3,20
4010	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991345815	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	12,53	17,99	17,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4011	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991345785	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	6,45	9,71	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,91
4012	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,70	20,20	21,41	26,87	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,64
4013	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695	2024-07-01 - dla kolumny 14, 2024-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,06
4014	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990751877	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,00	19,44	20,61	26,07	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,02
4015	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990751594	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,00	9,72	10,30	13,56	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,04
4016	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,93
4017	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,45	31,81	33,72	41,98	41,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,59
4018	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,23
4019	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,02	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,50
4020	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,48	15,64	16,58	22,04	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,99
4021	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990682065	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,64

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4022	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990681877	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,40	9,07	9,61	12,87	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,35
4023	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990074969	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,47
4024	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,26	43,48	46,09	54,70	46,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,45
4025	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	59,28	64,02	67,87	78,48	69,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	30,10
4026	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,50	40,50	42,93	51,19	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,09
4027	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	30 szt.	05909991483036	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2022-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,44	25,32	26,84	35,45	35,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,64
4028	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990074945	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,20	9,94	10,53	13,79	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,27
4029	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,13	21,74	23,05	28,80	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,67
4030	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2022-11-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,64	32,01	33,93	41,25	34,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,07
4031	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,94	11,82	12,53	17,99	17,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,40
4032	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455	2023-11-01 - dla kolumny 14, 2023-11-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,47	5,91	6,45	9,71	9,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,91

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4033	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,00	18,36	19,46	24,92	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,88
4034	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2025-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,50	9,18	9,73	12,99	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,92
4035	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,20	20,74	21,98	27,44	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,15
4036	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,60	10,37	10,99	14,25	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,06
4037	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991323837	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,28	18,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,48
4038	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991323875	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,20	12,10	12,82	18,28	18,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,48
4039	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991323783	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,60	6,05	6,59	9,85	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	2,96
4040	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	27,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,04
4041	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,50	15,66	16,60	22,06	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	7,01
4042	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740864	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,90	20,41	21,63	27,09	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,04
4043	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,86	9,57	10,14	13,40	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4044	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93
4045	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,57	30,86	32,70	40,96	40,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	12,29
4046	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,80	20,30	21,52	26,98	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,93
4047	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,52	34,04	36,08	44,34	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	14,24
4048	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
4049	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2022-09-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 miesiące - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,00	37,80	40,07	48,33	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,23
4050	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,40	10,15	10,76	14,02	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	6,50
4051	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,76	17,02	18,05	23,51	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	8,46
4052	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,47
4053	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,43	38,26	40,56	48,82	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,72
4054	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	61,90	66,85	70,86	81,92	75,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,25

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4055	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,40	19,87	21,06	26,52	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,47
4056	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,43	38,26	40,56	48,82	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	18,72
4057	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	61,90	66,85	70,86	81,92	75,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	29,25
4058	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,52	40,52	42,95	51,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,11
4059	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,52	40,52	42,95	51,21	43,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	21,11
4060	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,86	9,57	10,14	13,40	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,88
4061	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 6 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,71	19,13	20,27	25,73	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	10,68
4062	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,00	33,48	35,49	43,15	37,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	16,81
4063	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990704132	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
4064	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990704262	2025-01-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,80	18,14	19,23	24,69	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,64
4065	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	22,84	28,30	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,26

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4066	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,95	21,55	22,84	28,30	21,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	11,26
4067	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	10,26	10,88	14,14	10,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	5,63
4068	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 160 + 1,5 mg	30 szt.	03838989768560	2025-04-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 1 rok 9 miesięcy - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,40	26,35	27,93	33,68	23,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	17,55
4069	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 80 + 1,5 mg	30 szt.	03838989773632	2025-07-01 - dla kolumny 14, 2025-07-01 - dla kolumny 15	2 lata - dla kolumny 14, 2 lata - dla kolumny 15	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,20	13,18	13,96	17,42	11,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u osób dorosłych, w przypadkach innych niż określono w ChPL	30%	9,36
4070	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,52	31,88	33,79	42,61	42,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,78
4071	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879	2023-09-01 - dla kolumny 14, 2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,27	17,57	18,63	27,84	27,84	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,35
4072	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	23,10	32,31	32,31	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,69
4073	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,20	21,82	23,12	32,33	32,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,70
4074	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187,0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,82	8,45	8,99	12,58	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,77

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4075	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,76	15,94	16,90	22,83	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,20
4076	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	2025-04-01 - dla kolumny 14, <1>2025-04-01/<2>2023-03-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,00	10,80	11,45	17,70	17,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,31
4077	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2022-09-01 - dla kolumny 14, <1>2022-09-01/<2>2023-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,10	10,91	11,57	17,82	17,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,35
4078	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2024-04-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,67	34,20	36,26	45,47	45,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,64
4079	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,75	35,37	37,50	46,32	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,07
4080	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990660636	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,61	9,30	9,86	13,45	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,64
4081	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,75	18,09	19,18	25,11	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,48
4082	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,30	33,80	35,83	44,65	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4083	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,00	18,36	19,46	25,39	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,76
4084	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	25,80	27,86	29,54	38,36	38,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,51
4085	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,90	13,93	14,76	20,69	20,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,21
4086	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,00	35,64	37,78	46,60	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,35
4087	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990691760	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,00	8,64	9,18	12,77	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,96
4088	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,00	17,28	18,32	24,25	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,62
4089	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	29,56	31,92	33,84	42,66	42,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,80
4090	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991377502	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,39	7,98	8,52	12,11	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,30

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4091	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2023-09-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	14,78	15,96	16,92	22,85	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,22
4092	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,00	22,68	24,04	32,86	32,86	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,86
4093	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	72,00	77,76	82,43	98,15	98,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	29,45
4094	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	2023-01-01 - dla kolumny 14, 2023-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,78	24,60	26,08	36,90	36,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,07
4095	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990795802	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,00	6,48	7,02	10,61	10,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,18
4096	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	98 szt.	05909990795819	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,50	22,14	23,47	31,62	31,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,49
4097	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,00	12,96	13,74	19,67	19,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,90
4098	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	39,50	42,66	45,22	56,94	56,94	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	17,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4099	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,05	38,93	41,27	50,09	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	18,84
4100	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990727490	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,95	9,67	10,25	13,84	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,03
4101	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,03	19,47	20,64	26,57	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,94
4102	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,48	22,12	23,45	32,27	32,27	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,68
4103	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909991135096	2023-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	5,85	6,32	6,86	10,45	10,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,14
4104	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2025-07-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,88	12,83	13,60	19,53	19,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,86
4105	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,48	34,00	36,04	44,86	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,61
4106	Venlafaxinum	Velaxin ER 37.5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt.	05909990055982	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,87	8,50	9,04	12,63	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4107	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,74	17,00	18,01	23,94	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,31
4108	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	20,18	21,79	23,10	31,92	31,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,58
4109	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,06	10,86	11,51	17,44	17,44	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,23
4110	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,52	34,04	36,08	44,90	44,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,65
4111	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,88	8,51	9,05	12,64	11,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,83
4112	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-09-01/<2>2022-09-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,76	17,02	18,05	23,98	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,35
4113	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil	5,20	5,62	6,16	8,77	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	2,88
4114	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil	2,13	2,30	2,84	4,01	2,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,61
4115	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310	2024-04-01	3 lata	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil	3,80	4,10	4,64	6,53	5,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,49

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4116	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	236,04	236,04	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowego - monoterapia	ryczałt	3,20
4117	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01	3 lata	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	189,57	204,74	217,02	236,04	236,04	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4118	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01 - dla kolumny 14, 2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	156,06	156,06	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowego - monoterapia	ryczałt	3,20
4119	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01	3 lata	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	121,97	131,73	139,63	156,06	156,06	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4120	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	2025-01-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,15	29,33	W doustnej terapii, w skojarzeniu z metforminą: cukrzyca typu 2 u pacjentów u których zastosowanie metforminy w maksymalnie tolerowanej dawce w monoterapii nie pozwala osiągnąć dobrej kontroli glikemii, wartość HbA1c>7% (przez co najmniej 3 miesiące)		30%	20,62
4121	Vildagliptinum	Glypilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,39	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,39
4122	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,20	11,02	11,67	15,93	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,66
4123	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,60	22,25	23,59	30,42	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,89
4124	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	10,00	10,80	11,45	15,71	14,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,44
4125	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	2024-04-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	20,00	21,60	22,90	29,73	29,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,20
4126	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,81	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,81
4127	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	2023-11-01	2 lata	258.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,48	24,28	25,74	32,81	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4128	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991496999	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,47	24,27	25,73	32,80	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,80
4129	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991496975	2024-04-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	22,47	24,27	25,73	32,80	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,80
4130	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	2025-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,39	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,39
4131	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	2025-07-01	2 lata	258,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory DPP-4	29,98	32,38	34,32	41,39	31,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,39
4132	Voclosporinum	Lupkynis, kaps. miękkie, 7,9 mg	180 szt.	05038256999927	2024-10-01	2 lata	139.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - woklosporyna	2932,00	3166,56	3328,56	3412,98	3412,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4133	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2024-04-01 - dla kolumny 14, 2024-04-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	125,73	135,79	143,93	159,68	138,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	22,31
4134	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01 - dla kolumny 14, 2024-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, 3 lata - dla kolumny 15	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	165,00	178,20	188,89	207,13	207,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	3,20
4135	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05702150155153	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	139,50	150,66	159,70	177,14	177,14	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	53,14
4136	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05702150155788	2024-07-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	279,00	301,32	319,40	341,23	341,23	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	102,37
4137	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05702150155146	2023-11-01	3 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	69,75	75,33	79,86	93,30	88,57	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwytu serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	31,30

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
4138	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	2025-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	13,40	14,47	15,34	18,87	12,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,92
4139	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	2025-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	21,60	23,33	24,73	29,85	20,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,60
4140	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	560,95	589,43	581,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	25,13
4141	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	1121,90	1162,19	1162,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	33,60
4142	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	2025-01-01 - dla kolumny 14, <1>2023-01-01/<2> <3>2025-01-01 - dla kolumny 15	3 lata - dla kolumny 14, <1>3 lata/<2> <3>2 lata - dla kolumny 15	178.9, Leki przeciwpyschotyczne - zyprasydon	170,00	183,60	194,62	213,02	213,02	Schizofrenia	<1>zespół Tourette'a; <2>F21; F22; F23; F24; F25; F28; F29 wg ICD-10; <3>Tiki (F95.0; F95.1; F95.8; F95.9 wg ICD - 10) - do ukończenia 18. r.ż.	ryczałt	5,97
4143	Zofenoprilum calcicum	Zofenil 30, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991129439	2025-04-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,50	23,22	24,61	26,44	5,55	Nadciśnienie tętnicze		30%	22,56
4144	Zofenoprilum calcicum	Zofenil 7,5, tabl. powł., 7,5 mg	28 szt.	05909991129330	2025-04-01	2 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,20	14,26	15,11	15,91	1,39	Nadciśnienie tętnicze		30%	14,94
4145	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2025-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpyschotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	13,50	14,58	15,45	20,33	15,37	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,96
4146	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2025-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpyschotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	120,00	129,60	137,38	153,70	153,70	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
4147	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729	2025-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpyschotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,00	27,00	28,62	34,65	22,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	12,32
4148	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828	2025-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpyschotyczne - zuklopentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,00	43,20	45,79	55,82	55,82	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Dieta	Infatrini, płyn	3000 ml (24 x 125 ml)	8716900565021	2023-09-01	3 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	135,00	141,75	150,26	164,03	103,32	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	63,91
2	Dieta	Infatrini Peptisorb, płyn doustny	800 ml (4 x 200 ml)	8716900562433	2022-09-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	30,90	32,45	34,39	43,00	43,00	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	12,90
3	Dieta	Infatrini Powder, proszek	400 g	4008976681786	2023-11-01	3 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	51,80	54,39	57,66	68,88	68,88	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	3,20
4	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 1 Syneo, proszek	400 g	5900852033957	2024-10-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,24	38,05	40,33	46,96	25,94	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergia na białka mleka krowiego w tym diagnostyczna dieta eliminacyjna, inne alergie pokarmowe, biegunki przewlekłe;		30%	28,80
5	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek	400 g	5900852033971	2024-10-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	39,02	40,97	43,43	53,22	53,22	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergia na białka mleka krowiego w tym diagnostyczna dieta eliminacyjna, inne alergie pokarmowe, biegunki przewlekłe;		30%	15,97
6	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Blemil plus Elemental, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8426594103521	2023-05-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	84,95	89,20	94,55	108,67	107,37	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	4,50
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	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	108,15	114,64	129,82	129,82	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek	400 g	5016533649970	2024-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,80	108,99	115,53	130,71	129,82	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	4,09
9	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek	400 g	5016533649956	2024-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	103,80	108,99	115,53	130,71	129,82	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	4,09
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate LCP, proszek	400 g	5016533646740	2025-01-01	3 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	125,50	131,78	139,68	156,11	156,11	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w wieku od 0 do 12 miesiąca życia w ciężkiej alergii na białko 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 hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
11	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Syneo, proszek	400 g	5016533654677	2025-07-01	2 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt	128,00	134,40	142,46	158,62	150,10	Postępowanie dietetyczne w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych u pacjentów do ukończenia 18 roku życia		ryczałt	11,72
12	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038819	2025-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	44,50	46,73	49,53	56,45	28,35	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	36,61
13	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038826	2025-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	47,00	49,35	52,31	62,39	56,80	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	22,63
14	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038833	2025-01-01	3 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,80	38,64	40,96	51,04	51,04	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	15,31
15	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8712045027554	2025-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	86,00	90,30	95,72	109,96	109,96	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	3,20
16	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen Puramino Junior, proszek	400 g	8712045037201	2023-05-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	100,92	105,97	112,33	127,70	127,70	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
17	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2025-01-01	3 lata	216.15, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	464,60	487,83	517,10	544,37	544,37	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
18	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku neutralnym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656763	2025-04-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	899,00	943,95	1000,59	1038,45	1038,45	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
19	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku owoców leśnych, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656725	2025-04-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	899,00	943,95	1000,59	1038,45	1038,45	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
20	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	840 g (30 x 28 g)	5016533656749	2025-04-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	899,00	943,95	1000,59	1038,45	1038,45	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 8 roku życia		ryczałt	3,20
21	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021323	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	484,50	513,58	540,75	532,77	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	11,18
22	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698021309	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,53	1065,53	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
23	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021286	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	461,43	484,50	513,58	540,75	532,77	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	11,18
24	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698015476	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,53	1065,53	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
25	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Yellow Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698024331	2024-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	922,86	969,00	1027,14	1065,53	1065,53	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
26	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2025-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	278,83	292,77	310,34	331,92	331,92	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
27	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1 mix, proszek	400 g	4008976595304	2024-07-01	3 lata	216.3, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii nieskondensowana, z długolącuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	110,00	115,50	122,43	138,00	138,00	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
28	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2025-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długolącuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	312,40	328,02	347,70	370,31	370,31	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2025-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	334,60	351,33	372,41	395,70	395,70	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2025-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	390,36	409,88	434,47	459,47	459,47	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
31	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake choco, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599234	2023-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	249,85	262,34	278,08	298,78	298,78	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
32	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sasz. x 50 g)	4008976599227	2023-01-01	3 lata	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	249,85	262,34	278,08	298,78	298,78	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2025-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	396,90	416,75	441,75	466,95	466,95	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego	450 g (10 x 45 g)	4008976340294	2025-07-01	3 lata	216.18, Diety eliminacyjne w fenylketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	362,00	380,10	402,91	427,04	427,04	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
35	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2025-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	124,21	130,42	138,24	154,60	154,60	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
36	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2025-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	117,57	123,45	130,85	146,84	146,84	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2025-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	173,11	181,77	192,68	211,03	211,03	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648225	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648263	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
40	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648201	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
41	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648249	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
42	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648287	2025-01-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjonowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	559,66	587,64	622,90	653,08	653,08	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
43	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059994	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjonowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	624,94	Fenylketonuria		ryczałt	8,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
44	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059987	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	624,94	Fenylketonuria		ryczałt	8,86
45	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Red, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059970	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	624,94	Fenylketonuria		ryczałt	8,86
46	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 White, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059963	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	624,94	Fenylketonuria		ryczałt	8,86
47	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060014059895	2025-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	540,00	567,00	601,02	630,60	624,94	Fenylketonuria		ryczałt	8,86
48	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940037	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
49	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940020	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
50	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Red, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940013	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
51	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 White, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385940006	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
52	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060014059901	2025-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940075	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
54	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940068	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
55	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Red, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940051	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
56	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 White, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385940044	2023-01-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
57	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060014059918	2025-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
58	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 25 g	5060385942369	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
59	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
60	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
61	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	810,00	850,50	901,53	937,41	937,41	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
62	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
63	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942352	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
64	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942390	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
65	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 34 g	5060385942413	2023-01-01	3 lata	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1080,00	1134,00	1202,04	1243,93	1243,93	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku malinowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051455	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051448	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
68	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051462	2024-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	500,00	525,00	556,50	584,85	584,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
69	Dieta eliminacyjna w 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, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
70	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, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
71	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, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
72	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, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
73	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, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
74	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, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenyloketonuria		ryczałt	3,20
75	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, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	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 hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
76	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	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 fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
77	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex Select (herbata brzoskwińowa), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591631	2023-03-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
78	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex Select (herbata miętowa), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	8716900591648	2023-03-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	926,00	972,30	1030,64	1069,10	1069,10	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
79	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czekoladowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385941621	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
80	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czerwonych owoców, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940105	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
81	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka	30 saszetek po 27 g	5060385940112	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1410,00	1480,50	1569,33	1618,57	1614,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	7,66
82	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku bananowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943489	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
83	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20 g białka	30 saszetek po 35 g	5060385943472	2024-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1880,00	1974,00	2092,44	2152,14	2152,14	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancja feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
92	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553486	2024-10-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	41,00	43,05	45,63	55,64	55,64	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20

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

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Dibutyrylochityna	Dibucell Active 10x10 cm, jałowy opatrunek biopolimerowy, 100 cm²	1 szt.	5905669556088	2025-01-01	3 lata	267.3, Opatrunki biowchłaniające do ran bez cech infekcji	17,50	18,90	20,03	26,48	26,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,94
2	Emplastr alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm²	1 szt.	4049500217958	2025-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	7,99	10,94	9,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,17
3	Emplastr alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm²	1 szt.	4049500217958	2025-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	6,90	7,45	7,99	10,94	9,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,27
4	Emplastr alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon Classic 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm²	1 szt.	6940610109950	2025-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,65	14,74	15,63	20,66	19,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,12
5	Emplastr alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon Classic 10x20 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 200 cm²	1 szt.	6940610109950	2025-07-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	13,65	14,74	15,63	20,66	19,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,32
6	Emplastr alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon Classic 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm²	1 szt.	6940610109837	2025-04-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	3,54	4,62	2,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,93
7	Emplastr alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon Classic 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm²	1 szt.	6940610109837	2025-04-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	2,78	3,00	3,54	4,62	2,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,20
8	Emplastr alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylne, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	5060786981462	2025-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	5,95	6,43	6,97	9,92	9,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,15
9	Emplastr alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylne, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	5060786981486	2025-01-01	3 lata	261.1, Opatrunki do ran z wysiękiem - opatrunki alginianowe	12,50	13,50	14,31	19,34	19,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,80
10	Emplastr 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	15,20	19,33	12,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,62
11	Emplastr 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	15,20	19,33	12,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
12	Emplastry antybiotyczne	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	25,76	32,43	24,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,00
13	Emplastry antybiotyczne	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	25,76	32,43	24,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,53
14	Emplastry antybiotyczne	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	85,86	99,60	99,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,88
15	Emplastry antybiotyczne	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	85,86	99,60	99,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
16	Emplastry antybiotyczne	Actisorb Plus 25 10,5x10,5 cm, opatrunek, 110,25 cm²	1 szt.	4054596955967	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	12,13	13,10	13,89	18,80	17,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,80
17	Emplastry antybiotyczne	Actisorb Plus 25 10,5x19 cm, opatrunek, 199,5 cm²	1 szt.	4054596956025	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	21,95	23,71	25,13	32,33	31,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,62
18	Emplastry antybiotyczne	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	12,07	16,30	13,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,95
19	Emplastry antybiotyczne	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	12,07	16,30	13,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,94
20	Emplastry antybiotyczne	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	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	17,19	22,98	20,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,37

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
21	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	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	15,02	16,22	17,19	22,98	20,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,11
22	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	7,99	10,63	7,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,37
23	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	7,99	10,63	7,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,12
24	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	22,86	28,25	18,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,00
25	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	22,86	28,25	18,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,32
26	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,30	11,12	11,79	16,02	13,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,67
27	Emplastri antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm²	1 szt.	5000223462314	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	10,30	11,12	11,79	16,02	13,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,66

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
28	Emplastr przeciwbakteryjny	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	30,91	38,11	30,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,08
29	Emplastr przeciwbakteryjny	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	30,91	38,11	30,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,06
30	Emplastr przeciwbakteryjny	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	47,44	57,34	53,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,95
31	Emplastr przeciwbakteryjny	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	47,44	57,34	53,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,92
32	Emplastr przeciwbakteryjny	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	34,34	42,61	38,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,59
33	Emplastr przeciwbakteryjny	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	34,34	42,61	38,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,01
34	Emplastr przeciwbakteryjny	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	53,81	64,64	64,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,39
35	Emplastr przeciwbakteryjny	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	53,81	64,64	64,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
36	Emplastr przeciwbakteryjny	Aquacel Ag Foam nieprzelepekny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455123889	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,25	18,63	19,75	25,82	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,88
37	Emplastr przeciwbakteryjny	Aquacel Ag Foam nieprzelepekny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455123889	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,25	18,63	19,75	25,82	22,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,05
38	Emplastr przeciwbakteryjny	Aquacel Ag Foam nieprzelepekny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455123896	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	38,40	41,47	43,96	53,57	51,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,71
39	Emplastr przeciwbakteryjny	Aquacel Ag Foam nieprzelepekny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455123896	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	38,40	41,47	43,96	53,57	51,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,34
40	Emplastr przeciwbakteryjny	Aquacel Ag Foam nieprzelepekny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	0768455129164	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,20	55,30	58,61	69,61	68,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,79
41	Emplastr przeciwbakteryjny	Aquacel Ag Foam nieprzelepekny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	0768455129164	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	51,20	55,30	58,61	69,61	68,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,30
42	Emplastr przeciwbakteryjny	Aquacel Ag Foam nieprzelepekny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	0768455123902	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	67,80	73,22	77,62	90,47	90,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,14
43	Emplastr przeciwbakteryjny	Aquacel Ag Foam nieprzelepekny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	0768455123902	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	67,80	73,22	77,62	90,47	90,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
44	Emplastr przeciwbakteryjny	Aquacel Ag Foam przelepekny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455127153	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,25	18,63	19,75	25,82	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
45	Emplastry antymicrobiotyczne	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455127153	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,25	18,63	19,75	25,82	22,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,05
46	Emplastry antymicrobiotyczne	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123773	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	26,50	28,62	30,34	38,13	35,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,22
47	Emplastry antymicrobiotyczne	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123773	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	26,50	28,62	30,34	38,13	35,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,55
48	Emplastry antymicrobiotyczne	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123780	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	52,00	56,16	59,53	70,64	69,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,83
49	Emplastry antymicrobiotyczne	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123780	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	52,00	56,16	59,53	70,64	69,73	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,91
50	Emplastry antymicrobiotyczne	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123803	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	46,80	50,54	53,58	64,16	63,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,98
51	Emplastry antymicrobiotyczne	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 19,8x14 cm, opatrunek, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123803	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	46,80	50,54	53,58	64,16	63,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,04
52	Emplastry antymicrobiotyczne	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm²	1 szt.	0768455123810	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	57,60	62,21	65,94	77,64	76,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,77
53	Emplastry antymicrobiotyczne	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 20x16,9 cm, opatrunek, 338 cm²	1 szt.	0768455123810	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	57,60	62,21	65,94	77,64	76,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
54	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455123797	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	74,80	80,78	85,63	99,16	99,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,75
55	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455123797	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	74,80	80,78	85,63	99,16	99,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
56	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm²	1 szt.	0768455129201	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	128,70	139,00	147,33	163,72	163,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	49,12
57	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofizer z dodatkiem srebra 25x30 cm, opatrunek, 750 cm²	1 szt.	0768455129201	2025-04-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	128,70	139,00	147,33	163,72	163,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
58	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm²	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,00	10,80	11,45	15,76	14,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,33
59	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm²	1 szt.	4049500586429	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	10,00	10,80	11,45	15,76	14,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,86
60	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm²	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,79	29,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,94
61	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm²	1 szt.	4049500586436	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	20,00	21,60	22,90	29,79	29,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
62	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm²	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,60	3,89	4,43	5,88	3,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,28
63	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm²	1 szt.	4049500586412	2023-09-01	3 lata	264.5, Opatrunki do ran zakażonych ze srebrem metalicznym	3,60	3,89	4,43	5,88	3,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,16
64	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm²	1 szt.	5708932861519	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	22,90	24,73	26,21	33,00	26,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,30

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
65	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm²	1 szt.	5708932861519	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	22,90	24,73	26,21	33,00	26,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,29
66	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm²	1 szt.	5708932481922	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	26,87	29,02	30,76	37,96	30,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,93
67	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzylepny, 225 cm²	1 szt.	5708932481922	2025-01-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	26,87	29,02	30,76	37,96	30,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,91
68	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm²	1 szt.	5708932861502	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	45,90	49,57	52,54	62,44	53,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,05
69	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm²	1 szt.	5708932861502	2024-07-01	3 lata	265.2, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi i srebrem	45,90	49,57	52,54	62,44	53,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	9,02
70	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190151172	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	15,00	16,20	17,17	23,24	22,77	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,30
71	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 15x15 cm, opatrunek specjalistyczny, 225 cm²	1 szt.	7323190151189	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	33,75	36,45	38,64	48,25	48,25	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	14,48
72	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm²	1 szt.	7323190151226	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	90,00	97,20	103,03	118,03	118,03	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	35,41
73	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 20x4,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm²	1 szt.	7323190151202	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	13,50	14,58	15,45	21,06	20,49	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,72
74	Emplastry antimicrobiotica	Exufiber Ag+ 2x45 cm, opatrunek specjalistyczny, 90 cm²	1 szt.	7323190151158	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	13,50	14,58	15,45	21,06	20,49	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	6,72

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
75	Emplastry antybiotyczne	Exufiber Ag+ 4,5x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 45 cm²	1 szt.	7323190151196	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,18	18,55	19,67	23,03	10,25	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	15,86
76	Emplastry antybiotyczne	Exufiber Ag+ 4,5x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 135 cm²	1 szt.	7323190151219	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	20,25	21,87	23,19	30,39	30,39	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	9,12
77	Emplastry antybiotyczne	Exufiber Ag+ 5x5 cm, opatrunek specjalistyczny, 25 cm²	1 szt.	7323190151165	2025-01-01	2 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	8,42	9,09	9,64	11,71	5,69	Rany przewlekłe z równoczesnym ubytkiem tkankowym (tj. rany głębokie) z cechami infekcji, ze średnim i dużym wysiękiem o różnej etiologii		30%	7,73
78	Emplastry antybiotyczne	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430941374	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	26,33	33,73	32,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,88
79	Emplastry antybiotyczne	Mepilex Ag 10x21 cm, opatrunek, 210 cm²	1 szt.	7332430941374	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	23,00	24,84	26,33	33,73	32,65	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,08
80	Emplastry antybiotyczne	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430941367	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	20,14	26,49	24,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,49
81	Emplastry antybiotyczne	Mepilex Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332430941367	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	17,59	19,00	20,14	26,49	24,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,20
82	Emplastry antybiotyczne	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430941381	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	38,40	47,61	47,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,28
83	Emplastry antybiotyczne	Mepilex Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332430941381	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	33,55	36,23	38,40	47,61	47,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
84	Emplastry antybiotyczne	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	7332551027056	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	6,78	9,47	7,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,92
85	Emplastry antybiotyczne	Mepilex Ag 6x8,5 cm, opatrunek, 51 cm²	1 szt.	7332551027056	2025-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	5,78	6,24	6,78	9,47	7,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,54
86	Emplastry antybiotyczne	Silvercel Hydro-Alginate 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	15032749039555	2024-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	28,98	31,30	33,18	42,18	42,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,65
87	Emplastry antybiotyczne	Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm²	1 szt.	15032749039548	2024-10-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	17,53	18,93	20,07	26,88	26,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,06
88	Emplastry antybiotyczne	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	5060786980977	2025-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	12,00	12,96	13,74	18,63	17,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
89	Emplastry antymicrobiotyczne	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	5060786980991	2025-01-01	3 lata	265.4, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem- alginianowe ze srebrem	24,00	25,92	27,48	35,05	35,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,52
90	Emplastry antymicrobiotyczne	UrgoClean Ag 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm2	1 szt.	3546895520737	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	16,34	17,65	18,71	24,78	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,84
91	Emplastry antymicrobiotyczne	UrgoClean Ag 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm2	1 szt.	3546895520744	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	49,00	52,92	56,10	67,10	67,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,13
92	Emplastry antymicrobiotyczne	UrgoClean Ag 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm2	1 szt.	3546895520720	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	5,88	6,35	6,89	9,67	8,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,93
93	Emplastry antymicrobiotyczne	UrgoTul Ag/Silver 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518017	2025-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	18,38	19,85	21,04	27,82	27,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,70
94	Emplastry antymicrobiotyczne	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	44,78	48,36	51,27	62,27	62,27	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,68
95	Emplastry antymicrobiotyczne	UrgoTul Ag/Silver 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518024	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	3 lata	265.1, Opatrunki wysokochłonne do ran zakażonych z wysiękiem o właściwościach żelujących, absorbujących lub zatrzymujących wysięk w strukturze włókna - ze srebrem	44,78	48,36	51,27	62,27	62,27	<2>Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
96	Emplastry antymicrobiotyczne	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny, 10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447309200	2025-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	9,56	14,14	14,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,24
97	Emplastry antymicrobiotyczne	Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447309323	2025-01-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	8,35	9,02	9,56	14,14	14,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,24
98	Emplastry carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	4021447037493	2025-01-01	3 lata	264.4, Opatrunki chłonne z węglem aktywowanym	3,90	4,21	4,75	6,86	6,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,06
99	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra 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	16,80	18,14	19,23	25,30	22,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,36

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
100	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr 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	16,80	18,14	19,23	25,30	22,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,53
101	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr 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	41,62	51,23	51,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,37
102	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr 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	41,62	51,23	51,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
103	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr 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	103,00	111,24	117,91	132,91	132,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,87
104	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr 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	103,00	111,24	117,91	132,91	132,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
105	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr 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	4,41	4,76	5,30	7,37	5,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,39
106	Emplastr collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofibr 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	4,41	4,76	5,30	7,37	5,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,68
107	Emplastr collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm2	1 szt.	04054596955332	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,28	69,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,74
108	Emplastr collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm2	1 szt.	04054596955332	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	56,50	61,02	64,68	76,28	69,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,94
109	Emplastr collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm2	1 szt.	04054596955363	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,67	138,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,60
110	Emplastr collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm2	1 szt.	04054596955363	2025-01-01	3 lata	267.1, Opatrunki do ran z wysiękiem bez cech infekcji - zawierające kolagen	107,50	116,10	123,07	138,67	138,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
111	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 100 cm²	1 szt.	4052199242231	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	38,66	41,75	44,26	54,13	54,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,24
112	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 10x10cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 100 cm²	1 szt.	4052199242231	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	38,66	41,75	44,26	54,13	54,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
113	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199242934	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,62
114	Emplastri collagenosa	HydroClean advance 7,5x7,5cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199242934	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
115	Emplastri collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199301068	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,62
116	Emplastri collagenosa	HydroClean advance cavity 7,5x7,5 cm, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płucząco-absorpcyjnym, 56.25 cm²	1 szt.	4052199301068	2024-04-01	3 lata	263.1. Opatrunki do ran wymagających aktywnego oczyszczania – o działaniu płuczącym i absorpcyjnym	21,74	23,48	24,88	32,06	32,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
117	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	10,08	12,63	8,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,02
118	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	10,08	12,63	8,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,62
119	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	19,46	23,91	16,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,70
120	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	19,46	23,91	16,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,90
121	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	38,92	45,97	32,03	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,55
122	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	38,92	45,97	32,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,94
123	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7332551816421	2024-07-01	3 lata	265.3. Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrem	25,80	27,86	29,54	35,89	24,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
124	Emplastri collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	7332551816483	2024-07-01	3 lata	265.3, Opatrunki do ran zakażonych z wysiękiem - z aktywnym węglem i srebrzem	50,44	54,48	57,75	66,96	47,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	33,63
125	Emplastri collagenosa	Sorelex 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8595163717817	2025-04-01	3 lata	264.6, Opatrunki do ran zakażonych z kwasem hialuronowym i dichlorowodorkiem oktenidyny	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,70
126	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	35,49	43,25	33,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,60
127	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	69,83	82,46	82,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,74
128	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	44,07	52,69	40,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,32
129	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	69,26	81,89	81,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,57
130	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	37,02	44,78	33,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,13
131	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	71,81	84,44	84,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,33
132	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	15,97	21,41	21,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,42
133	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	15,97	21,41	21,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
134	Emplastri conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm²	1 szt.	4049500737043	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	11,05	7,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,73
135	Emplastri conlativi	HydroTac 10x10 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 100 cm²	1 szt.	4049500737043	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,56	8,16	8,70	11,05	7,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,45
136	Emplastri conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm²	1 szt.	4049500737074	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,48	15,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,83

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
137	Emplastri conlativi	HydroTac 10x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 200 cm ²	1 szt.	4049500737074	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	16,00	17,28	18,32	22,48	15,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,27
138	Emplastri conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500737258	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,86	17,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,88
139	Emplastri conlativi	HydroTac 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500737258	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	17,78	19,20	20,36	24,86	17,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,75
140	Emplastri conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500737401	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,16	30,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,87
141	Emplastri conlativi	HydroTac 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500737401	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	27,48	29,68	31,46	38,16	30,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,75
142	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm ²	1 szt.	4049500736534	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,88	11,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,56
143	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 12,5x12,5 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 156.25 cm ²	1 szt.	4049500736534	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	7,34	7,93	8,47	11,88	11,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
144	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500736596	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	17,07	17,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,12
145	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 15x15 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 225 cm ²	1 szt.	4049500736596	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	10,98	11,86	12,57	17,07	17,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
146	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500736749	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,21	28,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,46
147	Emplastri conlativi	HydroTac comfort 20x20 cm, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 400 cm ²	1 szt.	4049500736749	2025-07-01	3 lata	261.11, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające hydrożelową warstwę kontaktową	18,79	20,29	21,51	28,21	28,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
148	Emplastri hydrocolloidosa	Biatain Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm ²	1 szt.	5708932699136	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,55	14,63	15,51	20,52	18,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,46

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
149	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455150946	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	6,70	8,96	7,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,98
150	Emplastri hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455150946	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	5,70	6,16	6,70	8,96	7,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,85
151	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	0768455150823	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,60	4,97	5,51	7,77	7,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,79
152	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm²	1 szt.	0768455150823	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,60	4,97	5,51	7,77	7,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,66
153	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	0768455150816	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	11,45	15,81	15,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,74
154	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm²	1 szt.	0768455150816	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,00	10,80	11,45	15,81	15,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
155	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm²	1 szt.	0768455150809	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,82	14,93	15,82	21,15	21,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,35
156	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm²	1 szt.	0768455150809	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	13,82	14,93	15,82	21,15	21,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
157	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	0768455150847	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	20,83	27,38	27,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,21
158	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm²	1 szt.	0768455150847	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	18,20	19,66	20,83	27,38	27,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
159	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm²	1 szt.	0768455157242	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,71	7,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,73

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
160	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm²	1 szt.	0768455157242	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	4,55	4,91	5,45	7,71	7,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,60
161	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm²	1 szt.	0768455157259	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	16,00	16,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,80
162	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 225 cm²	1 szt.	0768455157259	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	10,17	10,98	11,64	16,00	16,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
163	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56,25 cm²	1 szt.	0768455150854	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,81	4,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,01
164	Emplastri hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 56,25 cm²	1 szt.	0768455150854	2025-01-01	3 lata	267.2, Opatrunki hydrokoloidowe do ran bez cech infekcji, z wysiękiem – o właściwościach żelujących w kontakcie z wysiękiem	2,59	2,80	3,34	4,81	4,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,81
165	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrosil leczenie ran, żel hydrokoloidowy, 70 ml	1 szt.	05905386440011	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	27,30	29,48	31,26	40,55	40,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,17
166	Emplastri hydrocolloidosa	Hydrosil leczenie ran, żel hydrokoloidowy, 70 ml	1 szt.	05905386440011	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	27,30	29,48	31,26	40,55	40,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
167	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	5,29	9,25	9,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,78
168	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	10,08	16,54	16,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,96
169	Emplastri hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,91	8,54	9,08	12,47	11,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,22
170	Emplastri hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,91	8,54	9,08	12,47	11,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,68
171	Emplastri hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm²	1 szt.	5900656000056	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	11,02	9,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,29

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
172	Emplastrzy hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm²	1 szt.	5900656000056	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	6,95	7,51	8,05	11,02	9,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,41
173	Emplastrzy hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm²	1 szt.	5900656000063	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,97	11,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,90
174	Emplastrzy hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm²	1 szt.	5900656000063	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	8,29	8,95	9,49	12,97	11,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,44
175	Emplastrzy hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm²	1 szt.	5900656000070	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,92
176	Emplastrzy hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm²	1 szt.	5900656000070	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	15,10	16,31	17,29	23,06	23,06	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
177	Emplastrzy hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm²	1 szt.	5900656000032	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,75	5,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,71
178	Emplastrzy hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm²	1 szt.	5900656000032	2025-01-01	3 lata	268.1, Opatrunki do ran wymagających odpowiedniego poziomu uwodnienia – o właściwościach nawilżających i absorpcyjnych	4,86	5,25	5,79	7,75	5,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,98
179	Emplastrzy hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2024-07-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	76,09	76,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,83
180	Emplastrzy hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2024-07-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	56,00	60,48	64,11	76,09	76,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
181	Emplastrzy hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,81	11,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,56
182	Emplastrzy hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223510	2024-04-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,30	7,88	8,42	11,81	11,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,02
183	Emplastrzy hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	35,25	38,07	40,36	48,51	37,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,56
184	Emplastrzy hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	35,25	38,07	40,36	48,51	37,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,44
185	Emplastrzy hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	57,00	61,56	65,25	77,23	77,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,17
186	Emplastrzy hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2023-03-01	3 lata	266.1, Opatrunki w postaci pasty, maści lub żelu - zawierające substancje przeciwdrobnoustrojowe	57,00	61,56	65,25	77,23	77,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
187	Emplastrzy microfibrillum cellulosa	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm²	1 szt.	4054596950443	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	36,96	36,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
188	Emplastr microfibricum cellulosae	Adaptic 12,7x22,9 cm, opatrunek, 290.83 cm²	1 szt.	4054596950443	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	25,45	27,49	29,14	36,96	36,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,20
189	Emplastr microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm²	1 szt.	4054596950238	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,70
190	Emplastr microfibricum cellulosae	Adaptic 7,6x40,6 cm, opatrunek, 308.56 cm²	1 szt.	4054596950238	2024-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	27,00	29,16	30,91	39,00	39,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
191	Emplastr 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	7,34	10,98	10,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
192	Emplastr 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	7,34	10,98	10,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
193	Emplastr 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	14,88	20,89	20,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,27
194	Emplastr 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	14,88	20,89	20,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
195	Emplastr 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	11,33	16,34	16,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,90
196	Emplastr 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	11,33	16,34	16,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
197	Emplastr 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	22,78	30,42	30,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,13
198	Emplastr 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	22,78	30,42	30,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
199	Emplastrum 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	4,61	6,85	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,15
200	Emplastrum 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	4,61	6,85	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,13
201	Emplastrum 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	35,49	45,23	45,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,57
202	Emplastrum 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	35,49	45,23	45,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
203	Emplastrum 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	7,34	10,98	10,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
204	Emplastrum 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	7,34	10,98	10,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
205	Emplastrum 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	17,17	23,69	23,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,11
206	Emplastrum 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	17,17	23,69	23,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
207	Emplastrum 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	5,17	7,66	7,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
208	Emplastr 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	5,17	7,66	7,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,02
209	Emplastr 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	11,90	16,90	16,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,07
210	Emplastr 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	11,90	16,90	16,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
211	Emplastr 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	16,60	23,12	23,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,94
212	Emplastr 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	16,60	23,12	23,12	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
213	Emplastr 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	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,60	9,29	9,85	13,27	11,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,49
214	Emplastr 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	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,60	9,29	9,85	13,27	11,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,16
215	Emplastr microfibricum cellulosae	Allevyn Life 12,9x12,9 cm, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm²	1 szt.	5000223478018	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,15	14,20	15,06	19,84	17,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,63

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
216	Emplastrum 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	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,15	14,20	15,06	19,84	17,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,40
217	Emplastrum 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	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,50	19,98	21,18	27,44	25,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,80
218	Emplastrum 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	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,50	19,98	21,18	27,44	25,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,24
219	Emplastrum 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	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,73	46,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,96
220	Emplastrum 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	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	44,00	47,52	50,37	60,79	60,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,24
221	Emplastrum 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	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	21,41	28,07	28,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,42

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
222	Emplastr 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	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	30,00	32,40	34,34	43,07	43,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,92
223	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455125616	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,84	10,63	11,26	15,35	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,26
224	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455125616	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,84	10,63	11,26	15,35	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,37
225	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455125630	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,23	24,01	25,44	32,45	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,01
226	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455125630	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	22,23	24,01	25,44	32,45	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,25
227	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455125586	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,19	3,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,92
228	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	0768455125586	2025-01-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	3,04	3,28	3,82	5,19	3,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,95
229	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455123834	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,65
230	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455123834	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
231	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455127115	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,65

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
232	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 10x10 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm²	1 szt.	0768455127115	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,30	10,04	10,65	14,74	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
233	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123711	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,40	15,55	16,48	22,06	20,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86
234	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm²	1 szt.	0768455123711	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,40	15,55	16,48	22,06	20,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,78
235	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123759	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,60	27,65	29,31	37,15	35,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,97
236	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm²	1 szt.	0768455123759	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	25,60	27,65	29,31	37,15	35,97	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,18
237	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm²	1 szt.	0768455123841	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,75	22,41	23,76	30,77	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,33
238	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm²	1 szt.	0768455123841	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,75	22,41	23,76	30,77	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,57
239	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm²	1 szt.	0768455123865	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,70	29,92	31,71	39,91	38,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,66
240	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm²	1 szt.	0768455123865	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	27,70	29,92	31,71	39,91	38,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,98
241	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm²	1 szt.	0768455123766	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,20	33,70	35,72	44,52	43,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,82
242	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm²	1 szt.	0768455123766	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	31,20	33,70	35,72	44,52	43,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,66
243	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przyklepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123728	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,30	30,56	32,40	40,70	39,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,88

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
244	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm²	1 szt.	0768455123728	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,30	30,56	32,40	40,70	39,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,96
245	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm²	1 szt.	0768455123858	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	36,90	39,85	42,24	51,91	51,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,57
246	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm²	1 szt.	0768455123858	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	36,90	39,85	42,24	51,91	51,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
247	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm²	1 szt.	0768455123735	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,80	44,06	46,71	56,82	56,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,05
248	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm²	1 szt.	0768455123735	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,80	44,06	46,71	56,82	56,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
249	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm²	1 szt.	0768455123742	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	69,10	74,63	79,11	92,48	92,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,74
250	Emplastr microfibricum cellulosae	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm²	1 szt.	0768455123742	2024-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	69,10	74,63	79,11	92,48	92,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
251	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932861557	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	9,10	9,83	10,42	12,57	7,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,66
252	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156.25 cm²	1 szt.	5708932861571	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	14,18	15,31	16,23	19,34	10,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,68
253	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm²	1 szt.	5708932861564	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	29,44	31,80	33,71	39,10	22,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,20
254	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56.25 cm²	1 szt.	5708932861540	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	5,23	5,65	6,19	7,60	3,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,84
255	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na pięcie, 380 cm²	1 szt.	5708932861526	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	35,41	38,24	40,53	46,60	26,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,95

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
256	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm²	1 szt.	5708932861533	2024-07-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	47,90	51,73	54,83	62,14	37,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	36,18
257	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,90	7,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,99
258	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm²	1 szt.	5708932476300	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	10,26	11,08	11,75	13,90	7,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,89
259	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,50	15,77	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,46
260	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm²	1 szt.	5708932476294	2024-04-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	22,11	23,88	25,32	29,50	15,77	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	13,73
261	Emplastr microfibricum cellulosae	Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm²	1 szt.	5708932861588	2024-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	36,44	39,36	41,72	51,01	48,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,26
262	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455193325	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,19	9,93	10,52	14,61	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,52
263	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	0768455193325	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	9,19	9,93	10,52	14,61	12,98	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,63
264	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455202072	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,34	15,49	16,42	22,00	20,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,80
265	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	0768455202072	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	14,34	15,49	16,42	22,00	20,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,72
266	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455193332	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,65	22,30	23,64	30,65	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,21

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
267	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	0768455193332	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	20,65	22,30	23,64	30,65	29,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,45
268	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	0768455202089	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,10	30,35	32,17	40,47	39,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,65
269	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm²	1 szt.	0768455202089	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	28,10	30,35	32,17	40,47	39,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,73
270	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 20x16,5 cm, opatrunek, 330 cm²	1 szt.	0768455193363	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	30,28	32,70	34,67	43,35	42,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,37
271	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 20x16,5 cm, opatrunek, 330 cm²	1 szt.	0768455193363	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	30,28	32,70	34,67	43,35	42,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,52
272	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455202102	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,47	43,71	46,33	56,44	56,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,93
273	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 21x21 cm, opatrunek, 441 cm²	1 szt.	0768455202102	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	40,47	43,71	46,33	56,44	56,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
274	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 24x21 cm, opatrunek, 504 cm²	1 szt.	0768455193356	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	46,25	49,95	52,95	63,72	63,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,12
275	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 24x21 cm, opatrunek, 504 cm²	1 szt.	0768455193356	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	46,25	49,95	52,95	63,72	63,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
276	Emplastr microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455193318	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	5,89	6,36	6,90	9,72	8,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,90

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
277	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaFoam Przylepny silikonowy opatrunek piankowy w technologii Hydrofiber, 8x8 cm, opatrunek, 64 cm²	1 szt.	0768455193318	2025-07-01	3 lata	261.2, Opatrunki do ran z dużym wysiękiem - o właściwościach absorpcji płynu wysiękowego bezpośrednio do wnętrza struktury włókna	5,89	6,36	6,90	9,72	8,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,41
278	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106331	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,57	9,26	9,81	13,67	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
279	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	6940610106362	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,00	18,36	19,46	25,78	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,90
280	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	6940610106423	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,57	21,14	22,40	29,13	27,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,15
281	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	6940610106485	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	34,00	36,72	38,92	48,21	48,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,46
282	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	6940610106515	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	52,20	56,38	59,76	71,05	71,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,32
283	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber nieprzylepny 20x40 cm, opatrunek, 800 cm²	1 szt.	6940610106546	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	69,60	75,17	79,68	92,91	92,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,87
284	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	6940610106607	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,57	9,26	9,81	13,22	11,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,16
285	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 15x15 cm, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	6940610106690	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,57	21,14	22,40	28,61	25,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,47
286	Emplastri microfibricum cellulosae	ConvaMax Superabsorber przylepny 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	6940610106751	2025-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,45	46,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,22
287	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, 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	10,30	14,39	12,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,30
288	Emplastri microfibricum cellulosae	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, 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	23,19	30,20	29,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,76

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
289	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 100 cm²	1 szt.	6941094060447	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,40	9,07	9,61	13,02	11,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,96
290	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 100 cm²	1 szt.	6941094060447	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,40	9,07	9,61	13,02	11,51	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,51
291	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 15x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 300 cm²	1 szt.	6941094060744	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	25,00	27,00	28,62	35,88	34,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,70
292	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 15x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 300 cm²	1 szt.	6941094060744	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	25,00	27,00	28,62	35,88	34,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,34
293	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 400 cm²	1 szt.	6941094060805	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	33,50	36,18	38,35	46,88	46,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,65
294	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 400 cm²	1 szt.	6941094060805	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	33,50	36,18	38,35	46,88	46,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,83
295	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	6941094060553	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	42,00	45,36	48,08	57,76	57,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,46
296	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	6941094060553	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	42,00	45,36	48,08	57,76	57,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,19
297	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 800 cm²	1 szt.	6941094060799	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	67,20	72,58	76,93	89,15	89,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,75
298	Emplastri microfibricum cellulosae	Duramax S, 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 800 cm²	1 szt.	6941094060799	2024-07-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	67,20	72,58	76,93	89,15	89,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
299	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	9,36	13,00	11,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,64
300	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	9,36	13,00	11,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,06
301	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	21,04	27,56	26,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,74
302	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	21,04	27,56	26,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,68
303	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	6,37	8,92	7,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,40
304	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	6,37	8,92	7,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,04
305	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	6,19	8,68	7,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,33
306	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	6,19	8,68	7,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,04
307	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	4054596954588	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,61	3,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,96
308	Emplastri microfibricum cellulosae	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm²	1 szt.	4054596954588	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	3,40	3,67	4,21	5,61	3,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,82

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
309	Emplastr microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90,25 cm²	1 szt.	4054596954670	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,69	13,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,11
310	Emplastr microfibricum cellulosae	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90,25 cm²	1 szt.	4054596954670	2024-07-01	3 lata	264.3, Opatrunki niechłonne do ran zakażonych - siatkowe zawierające PVP-jod i glikol polietylenowy	8,57	9,26	9,81	13,69	13,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
311	Emplastr 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	9,96	13,60	11,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
312	Emplastr 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	9,96	13,60	11,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,66
313	Emplastr 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	22,41	28,93	26,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,11
314	Emplastr 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	22,41	28,93	26,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,05
315	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	8715343014141	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,00	28,08	29,76	37,31	35,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,23
316	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Foam Border Silicone 15x20 cm, opatrunek, 300 cm²	1 szt.	8715343014141	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	26,00	28,08	29,76	37,31	35,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,48
317	Emplastr 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	41,43	50,57	49,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,79
318	Emplastr 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	41,43	50,57	49,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,88
319	Emplastr 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	50,41	60,47	60,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,14
320	Emplastr 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	50,41	60,47	60,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
321	Emplastr 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	9,96	13,90	12,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
322	Emplastr 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	9,96	13,90	12,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,58
323	Emplastr 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	22,41	29,22	27,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,82
324	Emplastr 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	22,41	29,22	27,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,51

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
325	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	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	39,84	49,27	49,27	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,78
326	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam PHMB 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	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	39,84	49,27	49,27	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
327	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	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	9,96	13,60	11,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
328	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	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	9,96	13,60	11,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,66
329	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	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	22,41	28,93	26,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,11
330	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	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	22,41	28,93	26,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,05
331	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	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	39,84	48,76	47,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,31
332	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone 20x20 cm, opatrunek, 400 cm ²	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	39,84	48,76	47,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,98
333	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm ²	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	17,43	22,87	20,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,24
334	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Foam Silicone Heel 10x17,5 cm, opatrunek, 175 cm ²	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	17,43	22,87	20,90	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,97
335	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343019184	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,60	11,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
336	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 10x10 cm, opatrunek, 100 cm ²	1 szt.	8715343019184	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,70	9,40	9,96	13,60	11,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,66
337	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	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	22,41	28,93	26,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,11
338	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 15x15 cm, opatrunek, 225 cm ²	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	22,41	28,93	26,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,05
339	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm ²	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	99,60	113,61	113,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,08
340	Emplastr microfibricum cellulosa	Kliniderm Lite Foam Silicone 20X50 cm, opatrunek, 1000 cm ²	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	99,60	113,61	113,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
341	Emplastr 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	9,96	13,60	11,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
342	Emplastr 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	9,96	13,60	11,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,66
343	Emplastr 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	22,41	28,93	26,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,11
344	Emplastr 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	22,41	28,93	26,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,05
345	Emplastr 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	5,82	8,06	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,36
346	Emplastr 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	5,82	8,06	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,34
347	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	8715343067321	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,20	7,78	8,32	12,18	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,75
348	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x15 cm, opatrunek, 150 cm²	1 szt.	8715343067338	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	10,80	11,66	12,37	17,47	17,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
349	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	8715343066157	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,25	15,39	16,32	22,64	22,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,79
350	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x20 cm, opatrunek, 400 cm²	1 szt.	8715343067307	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	28,00	30,24	32,05	41,34	41,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,40
351	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	8715343067314	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	42,00	45,36	48,08	59,37	59,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,81
352	Emplastr microfibricum cellulosae	Kliniderm Superabsorbent 20x40 cm, opatrunek, 800 cm²	1 szt.	8715343048290	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	56,00	60,48	64,11	77,34	77,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,20
353	Emplastr microfibricum cellulosae	L-Mesitran Foam 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	8717249681557	2025-07-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,73
354	Emplastr microfibricum cellulosae	L-Mesitran Foam 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	8717249681557	2025-07-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	10,00	10,80	11,45	15,76	15,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
355	Emplastr microfibricum cellulosae	L-Mesitran Tulle 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	8717249680505	2025-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	8,75	9,45	10,02	13,97	12,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,12
356	Emplastr microfibricum cellulosae	L-Mesitran Tulle 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	8717249680505	2025-07-01	3 lata	261.8, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – siatkowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające dodatkowe właściwości funkcjonalne	8,75	9,45	10,02	13,97	12,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,33
357	Emplastr 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	22,38	28,61	25,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,05
358	Emplastr 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	22,38	28,61	25,08	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,53
359	Emplastr 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	17,97	22,98	18,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,92
360	Emplastr 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	17,97	22,98	18,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,32
361	Emplastr 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	34,12	41,76	36,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,15
362	Emplastr 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	34,12	41,76	36,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,18
363	Emplastr 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	111,39	125,40	119,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	41,79
364	Emplastr 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	111,39	125,40	119,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,95
365	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	19,87	17,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,28
366	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 12,5x12,5, opatrunek, 156.25 cm²	1 szt.	7323190185641	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	13,20	14,26	15,11	19,87	17,99	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,88
367	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	27,98	25,91	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,84
368	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 15x15, opatrunek, 225 cm²	1 szt.	7323190185665	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	19,02	20,54	21,77	27,98	25,91	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,07

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
369	Emplastrum microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	7333350370565	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,82	6,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,28
370	Emplastrum microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex 7,5x7,5, opatrunek, 56.25 cm²	1 szt.	7333350370565	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	4,78	5,16	5,70	7,82	6,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,34
371	Emplastrum 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	9,96	13,60	11,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,24
372	Emplastrum 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	9,96	13,60	11,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,66
373	Emplastrum 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	22,40	28,92	26,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,10
374	Emplastrum 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	22,40	28,92	26,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,04
375	Emplastrum 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	5,82	8,06	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,36
376	Emplastrum 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	5,82	8,06	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,34
377	Emplastrum microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm²	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	34,77	32,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,80
378	Emplastrum microfibricum cellulosae	Mepilex Border Flex Oval 15x19, opatrunek, 285 cm²	1 szt.	7323190234714	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,20	26,14	27,70	34,77	32,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,96
379	Emplastrum 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	17,97	22,98	18,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,92
380	Emplastrum 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	17,97	22,98	18,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,32
381	Emplastrum 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	30,86	38,50	36,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,89
382	Emplastrum 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	30,86	38,50	36,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
383	Emplastr 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	8,15	10,63	7,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,30
384	Emplastr 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	8,15	10,63	7,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,02
385	Emplastr 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	23,30	30,48	30,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,14
386	Emplastr 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	23,30	30,48	30,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
387	Emplastr 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	45,79	54,39	47,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,29
388	Emplastr 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	45,79	54,39	47,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,11
389	Emplastr microfibricum cellulosae	Mepilex Transfer 20x50 cm, opatrunek jałowy, 1000 cm²	1 szt.	7332430003775	2025-07-01	3 lata	261.7, Opatrunki niechłonne do ran podatnych na uszkodzenie – piankowe przekazujące wysięk do opatrunku wtórnego, posiadające warstwy funkcjonalne	130,00	140,40	148,82	164,00	157,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,40
390	Emplastr 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	9,13	12,21	9,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,57
391	Emplastr 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	9,13	12,21	9,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,73
392	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190179527	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,04	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,61
393	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm²	1 szt.	7323190179527	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,00	8,64	9,18	13,04	12,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,99
394	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm²	1 szt.	7323190179428	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	16,97	18,33	19,43	26,07	26,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,82
395	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm²	1 szt.	7323190179442	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	25,97	28,05	29,73	38,93	38,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,68
396	Emplastr microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 10x20 cm, opatrunek specjalistyczny, 200 cm²	1 szt.	7323190179541	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,40	15,55	16,48	22,80	22,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,84

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
397	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 20x30 cm, opatrunek specjalistyczny, 600 cm²	1 szt.	7323190179572	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	44,55	48,11	51,00	62,29	62,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,69
398	Emplastri microfibricum cellulosae	Mextra Superabsorbent, 20x40 cm, opatrunek specjalistyczny, 800 cm²	1 szt.	7323190179589	2024-10-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	48,00	51,84	54,95	68,18	68,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,45
399	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,66	15,83	16,78	22,46	22,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,74
400	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm²	1 szt.	4052199613123	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,66	15,83	16,78	22,46	22,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
401	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,87	17,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,36
402	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199604770	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,87	17,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
403	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,87	17,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,36
404	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm²	1 szt.	4052199579498	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,45	12,37	13,11	17,87	17,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
405	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm²	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	30,36	32,79	34,75	43,48	43,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,04
406	Emplastri microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 16x26 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 416 cm²	1 szt.	4052199580135	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	30,36	32,79	34,75	43,48	43,48	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
407	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,35	24,14	25,59	32,93	32,93	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,88
408	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone Border 17,5x17,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm²	1 szt.	4052199630526	2024-04-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	22,35	24,14	25,59	32,93	32,93	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
409	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199604893	2024-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,25	42,39	44,94	54,62	54,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,39
410	Emplastr microfibricum cellulosae	RespoSorb Silicone, 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm²	1 szt.	4052199604893	2024-10-01	3 lata	262.2, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwę kontaktową	39,25	42,39	44,94	54,62	54,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
411	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoClean 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm2	1 szt.	3546895520270	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	9,05	9,77	10,36	14,32	13,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,70
412	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x15 cm, opatrunek na rany, 225 cm2	1 szt.	3546895520287	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	20,38	22,01	23,33	30,16	30,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,05
413	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoClean 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm2	1 szt.	3546895520294	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	27,16	29,33	31,09	39,05	39,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,72
414	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoClean 6x6 cm, opatrunek na rany, 36 cm2	1 szt.	3546895520263	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	3,26	3,52	4,06	5,77	4,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,31
415	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoClean ROPE 40x5 cm, opatrunek na rany, 200 cm2	1 szt.	3546895520300	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	18,11	19,56	20,74	27,20	27,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,16
416	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x10 cm, opatrunek, 100 cm²	1 szt.	7350031913521	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	7,88	8,51	9,05	12,91	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,48
417	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 10x20 cm, opatrunek, 200 cm²	1 szt.	7350031913538	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	15,75	17,01	18,04	24,36	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,48
418	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoSuperSuperabsorber 20x30 cm, opatrunek, 600 cm²	1 szt.	7350031913552	2023-11-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	47,24	51,02	54,08	65,37	65,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,61

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
419	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518048	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,51	11,35	12,03	16,49	16,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95
420	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm²	1 szt.	3546895518048	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	10,51	11,35	12,03	16,49	16,49	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
421	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518055	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,37	28,48	30,19	38,15	38,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,45
422	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518055	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,37	28,48	30,19	38,15	38,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
423	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm²	1 szt.	3546895518062	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	52,74	56,96	60,37	71,84	71,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,55
424	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul 20x30 cm, opatrunek na rany, 600 cm²	1 szt.	3546895518062	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	52,74	56,96	60,37	71,84	71,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
425	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm²	1 szt.	3546895518079	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,76	9,46	10,03	13,99	13,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,37
426	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518086	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,41
427	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518086	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
428	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 10x10 cm, opatrunek na rany, 100 cm²	1 szt.	3546895518116	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	8,76	9,46	10,03	13,99	13,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,37
429	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 13x13 cm, opatrunek na rany, 169 cm²	1 szt.	3546895518123	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	14,80	15,98	16,95	22,64	22,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,79
430	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm²	1 szt.	3546895518130	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	26,27	28,37	30,08	38,04	38,04	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,41
431	Emplastr microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border 8x8 cm, opatrunek na rany, 64 cm²	1 szt.	3546895518109	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	5,60	6,05	6,59	9,29	8,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,14

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
432	Emplastrum microfibricum cellulosae	UrgoTul Absorb Border Sacrum 20x20 cm, opatrunek na rany, 400 cm²	1 szt.	3546895518147	2025-07-01	3 lata	261.3, Opatrunki do ran z wysiękiem - o właściwościach umożliwiających zachowanie stałego, wilgotnego środowiska wewnątrz rany dzięki wykorzystaniu budowy lipidowej	35,02	37,82	40,09	49,55	49,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,87
433	Emplastrum microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem , 100 cm²	1 szt.	4056649067429	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,40	4,75	5,29	9,15	9,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,75
434	Emplastrum microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 156.25 cm²	1 szt.	4056649067443	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	4,80	5,18	5,72	10,97	10,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,29
435	Emplastrum microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 12,5x22,5 cm, opatrunek z superabsorbentem , 281.25 cm²	1 szt.	4056649067467	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,10	8,75	9,29	16,84	16,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,05
436	Emplastrum microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x22 cm, opatrunek z superabsorbentem , 484 cm²	1 szt.	4056649067481	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	14,00	15,12	16,03	26,19	26,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,86
437	Emplastrum microfibricum cellulosae	Vliwasorb Pro 22x32 cm, opatrunek z superabsorbentem , 704 cm²	1 szt.	4056649067504	2025-07-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	19,20	20,74	21,98	34,28	34,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,28
438	Emplastrum 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 absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	14,80	15,98	16,95	22,63	22,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,79
439	Emplastrum 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 absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	11,56	12,48	13,23	17,99	17,99	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,40
440	Emplastrum 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 absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	27,75	29,97	31,77	39,98	39,98	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,99
441	Emplastrum 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 absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu, posiadające silikonową warstwą kontaktową	44,00	47,52	50,37	60,90	60,90	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,27
442	Emplastrum microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm²	1 szt.	4049500616713	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,94	12,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,51
443	Emplastrum microfibricum cellulosae	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm²	1 szt.	4049500616713	2025-01-01	3 lata	262.1, Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	8,80	9,50	10,08	13,94	12,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
444	Emplastrum microfibricum cellulosa	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm2	1 szt.	4049500616751	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,47	24,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,59
445	Emplastrum microfibricum cellulosa	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm2	1 szt.	4049500616751	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	17,60	19,01	20,15	26,47	24,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,36
446	Emplastrum microfibricum cellulosa	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm2	1 szt.	4049500616874	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,82	93,82	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,15
447	Emplastrum microfibricum cellulosa	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm2	1 szt.	4049500616874	2025-01-01	3 lata	262.1. Opatrunki wysokochłonne do ran z wysiękiem – o właściwościach wysokiej absorpcji i retencji wysięku dzięki wykorzystaniu superabsorbentu	70,40	76,03	80,59	93,82	93,82	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
448	Emplastrum polymerosa	Avilin Spray, spray, 90 ml	1 szt.	5907629361220	2025-04-01	3 lata	263.2. Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	28,80	31,10	32,97	41,74	41,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,52
449	Emplastrum 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	7,62	10,73	10,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,22
450	Emplastrum 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	7,62	10,73	10,73	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
451	Emplastrum 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	14,72	19,89	19,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,97
452	Emplastrum 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	14,72	19,89	19,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
453	Emplastrы 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	23,24	30,38	30,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,11
454	Emplastrы 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	23,24	30,38	30,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
455	Emplastrы 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	8,11	10,97	9,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,01
456	Emplastrы 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	8,11	10,97	9,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,03
457	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm²	1 szt.	5000223415846	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,00	4,32	4,86	7,01	7,01	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,10
458	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm²	1 szt.	5000223415846	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	4,00	4,32	4,86	7,01	7,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
459	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm²	1 szt.	5000223416775	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,49	12,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,75
460	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm²	1 szt.	5000223416775	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	7,50	8,10	8,64	12,49	12,49	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
461	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm²	1 szt.	5000223415853	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,63	24,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,39
462	Emplastrы polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm²	1 szt.	5000223415853	2025-01-01	3 lata	261.5, Opatrunki do ran z wysiękiem - piankowe z warstwami funkcjonalnymi	16,00	17,28	18,32	24,63	24,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
463	Emplastry 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	22,44	29,42	29,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,83
464	Emplastry 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	22,44	29,42	29,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
465	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611832	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
466	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611832	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
467	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611818	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,81
468	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611818	2025-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,15
469	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004619883	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,63	116,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
470	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004619869	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	91,02	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,80
471	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
472	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004611870	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,18	96,31	102,09	116,64	116,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
473	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,81
474	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004611856	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,96	73,40	77,80	91,03	88,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,15
475	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standard 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm²	1 szt.	0724004619876	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	67,95	73,39	77,79	91,02	88,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,80
476	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Standarde 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm²	1 szt.	0724004619890	2024-04-01	3 lata	261.9, Opatrunki do ran z wysiękiem - z pianki poliuretanowej z kalaminią lub cynkiem oraz kohezyjną opaską kompresyjną	89,17	96,30	102,08	116,63	116,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,99
477	Emplastry polyurethanum spumatum	L-Mesitran Soft, opatrunek specjalistyczny, 250 g	1 szt.	8717249680222	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	120,00	129,60	137,38	153,83	153,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	46,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
478	Emplastrы polyurethanum spumatum	L-Mesitran Soft, opatrunek specjalistyczny, 250 g	1 szt.	8717249680222	2025-07-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	120,00	129,60	137,38	153,83	153,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
479	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	6940610114831	2024-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,20	8,86	9,40	13,04	11,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,68
480	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm²	1 szt.	6940610114862	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	12,70	13,72	14,54	19,55	18,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,49
481	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm²	1 szt.	6940610114923	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	18,70	20,20	21,41	27,93	26,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,11
482	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm²	1 szt.	6940610114954	2025-01-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	34,00	36,72	38,92	47,84	47,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,39
483	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63,75 cm²	1 szt.	6940610114893	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	5,48	5,92	6,46	8,94	7,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,61
484	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm²	1 szt.	6940610115043	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	8,35	9,02	9,56	13,20	11,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,84
485	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587.5 cm²	1 szt.	6940610115401	2025-07-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	40,21	43,43	46,03	56,83	56,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,05
486	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm²	1 szt.	6940610115432	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	14,40	15,55	16,48	22,03	21,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,98
487	Emplastrы polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297,5 cm²	1 szt.	6940610115371	2024-10-01	3 lata	261.6, Opatrunki do ran z wysiękiem i podatnych na uszkodzenie – piankowe posiadające silikonową warstwę kontaktową	24,60	26,57	28,17	35,69	35,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,81
488	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	0382903205189	2024-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	14,10	15,23	16,15	21,11	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	7,82
489	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	0382903205172	2024-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	14,10	15,23	16,15	21,11	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	7,82
490	Igły do penów	BD Pen Needles 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	0382903207336	2025-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,24	13,22	14,01	18,97	18,97	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,69

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
491	Igły do penów	Easydrip Classic 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	6972857293000	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	13,96	18,92	18,92	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,68
492	Igły do penów	Easydrip Classic 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	6972857293017	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,20	13,18	13,96	18,92	18,92	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,68
493	Igły do penów	Iglessy 0,23x4 mm (32G), igły	100 szt.	5907553012045	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
494	Igły do penów	Iglessy 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012021	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
495	Igły do penów	Iglessy 0,25x6 mm (31G), igły	100 szt.	5907553012038	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
496	Igły do penów	Iglessy 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	5907553012014	2024-07-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
497	Igły do penów	PIC Insupen Original 0,25x5 mm (31G), igły	100 szt.	8058090005094	2024-04-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
498	Igły do penów	PIC Insupen Original 0,30x8 mm (30G), igły	100 szt.	8058090004578	2024-04-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	12,25	13,23	14,03	18,99	18,99	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	5,70
499	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,28	7,86	8,40	11,79	11,79	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,54
500	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2025-01-01	3 lata	263.2, Opatrunki w postaci spreju, pasty lub żelu bez substancji przeciwdrobnoustrojowych	7,28	7,86	8,40	11,79	11,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
501	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 szt.	5907581253625	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,20	29,38	31,14	39,24	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,31
502	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 szt.	5907581253625	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,20	29,38	31,14	39,24	39,13	Cukrzyca		30%	11,85
503	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 szt.	4015630056316	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,28	29,46	31,23	39,33	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,40

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
504	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 szt.	4015630056316	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,28	29,46	31,23	39,33	39,13	Cukrzyca		30%	11,94
505	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	54,50	58,86	62,39	74,05	74,05	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
506	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	54,50	58,86	62,39	74,05	74,05	Cukrzyca		30%	22,22
507	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	50 szt.	4015630066810	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,09	29,26	31,02	39,12	39,12	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
508	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	50 szt.	4015630066810	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,09	29,26	31,02	39,12	39,12	Cukrzyca		30%	11,74
509	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	31,26	39,36	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,43
510	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	31,26	39,36	39,13	Cukrzyca		30%	11,97
511	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,45	28,57	30,28	38,38	38,38	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
512	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,45	28,57	30,28	38,38	38,38	Cukrzyca		30%	11,51
513	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,10	29,27	31,03	39,13	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
514	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2024-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,10	29,27	31,03	39,13	39,13	Cukrzyca		30%	11,74
515	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,10	29,27	31,03	39,13	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
516	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,10	29,27	31,03	39,13	39,13	Cukrzyca		30%	11,74

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
517	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,50	29,70	31,48	39,58	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,65
518	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,50	29,70	31,48	39,58	39,13	Cukrzyca		30%	12,19
519	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DiagoCheck, test paskowy	50 szt.	6939663924597	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
520	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DiagoCheck, test paskowy	50 szt.	6939663924597	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca		30%	11,67
521	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,90	25,81	27,36	35,46	35,46	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
522	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	23,90	25,81	27,36	35,46	35,46	Cukrzyca		30%	10,64
523	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 szt.	5904378480035	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,85	29,00	30,74	38,84	38,84	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
524	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 szt.	5904378480035	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,85	29,00	30,74	38,84	38,84	Cukrzyca		30%	11,65
525	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	29,76	37,86	37,86	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
526	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,00	28,08	29,76	37,86	37,86	Cukrzyca		30%	11,36
527	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2023-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,21	38,21	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
528	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2023-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,21	38,21	Cukrzyca		30%	11,46
529	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	29,54	37,64	37,64	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odplatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
530	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	29,54	37,64	37,64	Cukrzyca		30%	11,29
531	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2024-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
532	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2024-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca		30%	11,67
533	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,40	28,51	30,22	38,32	38,32	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
534	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,40	28,51	30,22	38,32	38,32	Cukrzyca		30%	11,50
535	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,35	29,54	31,31	39,41	39,13	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,48
536	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,35	29,54	31,31	39,41	39,13	Cukrzyca		30%	12,02
537	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,80	28,94	30,68	38,78	38,78	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
538	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,80	28,94	30,68	38,78	38,78	Cukrzyca		30%	11,63
539	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
540	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,90	29,05	30,79	38,89	38,89	Cukrzyca		30%	11,67
541	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,85	27,92	29,59	37,69	37,69	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
542	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2025-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,85	27,92	29,59	37,69	37,69	Cukrzyca		30%	11,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
543	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	30,34	38,44	38,44	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
544	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	30,34	38,44	38,44	Cukrzyca		30%	11,53
545	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791005352	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,95	29,11	30,86	38,96	38,96	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
546	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791005352	2025-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,95	29,11	30,86	38,96	38,96	Cukrzyca		30%	11,69
547	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	30,32	38,42	38,42	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
548	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	30,32	38,42	38,42	Cukrzyca		30%	11,53
549	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	6970221762749	2024-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,42	38,42	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
550	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	6970221762749	2024-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,48	28,60	30,32	38,42	38,42	Cukrzyca		30%	11,53
551	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaGuard V20, test paskowy	50 szt.	6970221762602	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,21	38,21	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
552	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaGuard V20, test paskowy	50 szt.	6970221762602	2024-10-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	26,30	28,40	30,11	38,21	38,21	Cukrzyca		30%	11,46
553	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9010727000116	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,50	26,46	28,05	36,15	36,15	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
554	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9010727000116	2025-04-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,50	26,46	28,05	36,15	36,15	Cukrzyca		30%	10,85

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

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2025-04-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	9138,00	9869,04	10461,18	10461,18	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
4	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05415062384565	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocycynib	3775,43	4077,46	4322,12	4322,12	B.124.	bezpłatny	0 zł
5	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05415062384572	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocycynib	4908,06	5300,70	5618,74	5618,74	B.124.	bezpłatny	0 zł
6	Abrocitinibum	Cibinqo, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05415062384558	2023-11-01	2 lata	1289.0, Abrocycynib	3775,43	4077,46	4322,12	2161,06	B.124.	bezpłatny	0 zł
7	Acalabrutinibum	Calquence, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05000456071116	2025-04-01	2 lata	1166.1, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - akalabrutynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.79.	bezpłatny	0 zł
8	Acidum carglumicum	Carbaglu, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	05909990213894	2025-04-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	11000,00	11880,00	12592,80	12592,80	B.143.	bezpłatny	0 zł
9	Acidum carglumicum	Ucedane, tabletki do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg	60 szt.	08718858150847	2023-11-01	2 lata	1271.0, Kwas kargluminowy	12250,00	13230,00	14023,80	14023,80	B.143.	bezpłatny	0 zł
10	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 amp.-strzyk. 0,4 ml	08715131019761	2024-04-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	418,57	452,06	479,17	274,75	B.33.	bezpłatny	0 zł
11	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml	08715131019808	<1><2><3><4>2024-04-01	<1><2><3><4>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1674,28	1808,22	1916,72	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.	bezpłatny	0 zł
12	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg	2 amp. - strzyk. 0,8 ml z zabezpieczeniem	07613421020897	<1><2><3><4>2024-04-01/<5>2025-04-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1800,00	1944,00	2060,64	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
13	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml	07613421020880	<1><2><3><4>2024-04-01/<5>2025-04-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1800,00	1944,00	2060,64	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
14	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034213	<1><2><3><4><5>2025-04-01/<6>2024-04-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1191,49	1286,81	1364,02	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
15	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034220	<1><2><3><4><5>2025-04-01/<6>2024-04-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1191,49	1286,81	1364,02	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	2 amp.-strz. 0,2 ml	05996537018050	2025-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	B.32.; B.33.; B.47.	bezpłatny	0 zł
17	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	1 wstrzykiwacz 0,4 ml	05996537014243	2025-07-01	2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	480,00	518,40	549,50	549,50	B.32.; B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
18	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,4 ml	05996537014250	2025-07-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
19	Adalimumabum	Yuflyma, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 80 mg	1 wstrzykiwacz 0,8 ml	05996537016087	2025-07-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	960,00	1036,80	1099,01	1099,01	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
20	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 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
21	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 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
22	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 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
23	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
24	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
25	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 114,3 mg/ml	1 fiol.a 0,263 ml	04057598023047	2024-10-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	5880,01	6350,41	6731,43	6731,43	B.70.	bezpłatny	0 zł
26	Afliberceptum	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	2025-01-01	2 lata	1133.0, Aflibercept	1950,00	2106,00	2232,36	1682,86	B.70.	bezpłatny	0 zł
27	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
28	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
29	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
30	Alectinibum	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg	224 szt.	05902768001143	2025-04-01	2 lata	1190.0, Alectinib	20713,00	22370,04	23712,24	23712,24	B.6.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
31	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncetrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	05909991088156	2025-01-01	2 lata	1160.0, Alemtuzumab	26192,88	28288,31	29985,61	29985,61	B.29.	bezpłatny	0 zł
32	Alglucosidasum alfa	Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990623853	2024-04-01	3 lata	1052.0, Alglucosidase alfa	1752,00	1892,16	2005,69	2005,69	B.22.	bezpłatny	0 zł
33	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991236618	2025-07-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
34	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 wstrzykiwacz	05909991441166	2025-07-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1646,40	1778,11	1884,79	1884,79	B.101.	bezpłatny	0 zł
35	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	07613421024826	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
36	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	07613421024840	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	11448,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
37	Alpelisibum	Piqray, tabl. powł., 50+200 mg	56 szt. (28 x 50 mg + 28 x 200 mg)	07613421024833	2025-01-01	2 lata	1264.0, Alpelisyb	12500,00	13500,00	14310,00	14310,00	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
38	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
39	Anakinrum	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml	7 amp.-strz. po 0,67 ml z podziałką	07350031443271	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1153.0, Anakinra	795,80	859,46	911,03	911,03	<1>B.33; <2>B.86.	bezpłatny	0 zł
40	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
41	Apalutamidum	Erleada, tabl. powł., 240 mg	30 szt.	05413868122596	2025-04-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł
42	Apalutamidum	Erleada, tabl. powł., 60 mg	120 szt.	05413868117059	2025-04-01	2 lata	1240.0, Apalutamid	11463,00	12380,04	13122,84	13122,84	B.56.	bezpłatny	0 zł
43	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol.a 20 ml	05909991247904	2022-09-01	3 lata	1177.0, Apomorfin	950,00	1026,00	1087,56	1087,56	B.90.	bezpłatny	0 zł
44	Asciminibum	Scemblix, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	07613421131616	2023-11-01	2 lata	1288.0, Asciminib	26240,00	28339,20	30039,55	15019,78	B.14.	bezpłatny	0 zł
45	Asciminibum	Scemblix, tabl. powł., 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
46	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	12 fiol. po 0,8 ml	05391527745112	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	172800,00	186624,00	188784,00	188784,00	B.165.	bezpłatny	0 zł
47	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 0,45 ml	05391527745143	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	38880,00	41990,40	44150,40	44150,40	B.165.	bezpłatny	0 zł
48	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 0,70 ml	05391527745136	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	60480,00	65318,40	67478,40	67478,40	B.165.	bezpłatny	0 zł
49	Asfotasum alfa	Strensiq, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 fiol. po 1 ml	05391527745129	2024-10-01	2 lata	1311.0, Asfotaza alfa	86400,00	93312,00	95472,00	95472,00	B.165.	bezpłatny	0 zł
50	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fiol.a 20 ml	05902768001167	<1>2024-07-01/<2>2023-09-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	16336,32	17643,23	18701,82	18701,81	<1>B.5.; <2>B.6.	bezpłatny	0 zł
51	Atezolizumabum	Tecentriq, roztwór do wstrzykiwań, 1875 mg	1 fiol.a 15 ml	07613326061872	2025-01-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	16336,32	17643,23	18701,82	18701,82	B.6.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
52	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
53	Avacopanum	Tavneos, kaps. twarde, 10 mg	180 szt.	04150174419491	2025-07-01	2 lata	1328.0, Awakopan	23815,46	25720,70	27263,94	27263,94	B.75.	bezpłatny	0 zł
54	Avacopanum	Tavneos, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	04150174419323	2025-07-01	2 lata	1328.0, Awakopan	3969,24	4286,78	4543,98	4543,98	B.75.	bezpłatny	0 zł
55	Avalglucosidasum alfa	Nexviadyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05909991472474	2024-01-01	2 lata	1052.1, Awalglikozydaza alfa	4650,00	5022,00	5323,32	5323,32	B.22.	bezpłatny	0 zł
56	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08720165565009	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
57	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	08720165565016	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
58	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	08720165565214	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
59	Avapritinibum	Ayvakyt, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	08720165565153	2025-01-01	2 lata	1314.0, Awaprytynib	71763,00	77504,04	79664,04	79664,04	B.115.	bezpłatny	0 zł
60	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	10 szt.	07350031443110	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	2477,49	2675,69	2836,23	2836,23	B.97.	bezpłatny	0 zł
61	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	15 szt.	07350031443127	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	3716,24	4013,54	4254,35	4254,35	B.97.	bezpłatny	0 zł
62	Avatrombopag	Doptelet, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	07350031443134	2025-01-01	2 lata	1268.0, Awatrombopag	7432,47	8027,07	8508,69	8508,69	B.97.	bezpłatny	0 zł
63	Avelumabum	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	04054839462153	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1223.0, Awelumab	3260,00	3520,80	3732,05	3732,05	<1>B.117.;<2>B.141.FM	bezpłatny	0 zł
64	Axicabtagene ciloleucel	Yescarta, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991438487	2024-10-01	2 lata	1226.1, Akscyabtagen cyloleucel	1200000,00	1296000,00	1298160,00	1298160,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
65	Azacididine	Onureg, tabl. powł., 200 mg	7 szt.	07640133688435	2025-07-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	30286,00	32708,88	34671,41	23114,27	B.114.	bezpłatny	0 zł
66	Azacididine	Onureg, tabl. powł., 300 mg	7 szt.	07640133688442	2025-07-01	2 lata	1118.1, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna - postać doustna	30286,00	32708,88	34671,41	34671,41	B.114.	bezpłatny	0 zł
67	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 2 mg	35 szt.	03837000170740	<1>2024-01-01/<2>2025-01-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.;<2>B.124.	bezpłatny	0 zł
68	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 4 mg	35 szt.	03837000170825	<1>2024-01-01/<2>2025-01-01	2 lata	1192.0, Baricytynib	3735,05	4033,85	4275,88	4275,88	<1>B.33.;<2>B.124.	bezpłatny	0 zł
69	Bedaquilinum	Sirturo, tabl., 100 mg	188 szt.	05909991140984	2024-04-01	2 lata	1249.0, Bedakilina	50966,48	55043,80	57203,80	57203,80	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
70	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 amp.-strz. a 1 ml	05000456031516	2024-07-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	B.44.	bezpłatny	0 zł
71	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 wstrzykiwacz a 1 ml	05000456059213	2024-07-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	8605,67	9294,12	9851,77	9851,77	B.44.	bezpłatny	0 zł
72	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

Ip.	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
73	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05397315000067	2025-04-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
74	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2024-10-01/<2><5>2023-09-01/<4>2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
75	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01/<4>2025-07-01	<1><2><3>2 lata/<4>6 miesięcy	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	501,35	541,46	573,94	480,82	<4>B.70.	bezpłatny	0 zł
76	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><3>2025-04-01/<2><5>2024-04-01/<4>2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	422,50	456,30	483,68	480,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
77	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2025-07-01	<1><3><5>2 lata/<2><4>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	275,00	297,00	314,82	314,82	<5>B.70.	bezpłatny	0 zł
78	Bexarotenum	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg	100 szt.	05909990213504	2024-01-01	3 lata	1129.0, Beksaroten	3200,00	3456,00	3663,36	3663,36	B.66.	bezpłatny	0 zł
79	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413787222452	2024-10-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	3961,22	4278,12	4534,80	4534,80	B.35.; B.36.; B.82.	bezpłatny	0 zł
80	Bimekizumabum	Bimzelx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 160 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05413787220618	2025-04-01	2 lata	1273.0, Bimekizumab	7399,99	7991,99	8471,51	8471,51	B.47.	bezpłatny	0 zł
81	Binimetinib	Mektovi, tabl. powł., 15 mg	84 szt.	03573994003922	2024-10-01	3 lata	1214.0, Binimetynib	9708,39	10485,06	11114,16	11114,16	B.59.	bezpłatny	0 zł
82	Blinatumomabum	Blincyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg	1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml	05909991256371	2025-01-01	2 lata	1188.0, Blinatumomab	9245,21	9984,83	10583,91	10583,91	B.65.	bezpłatny	0 zł
83	Bosentanum	Bopaho, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05909991102869	2024-10-01	3 lata	1056.0, Bosentan	750,00	810,00	858,60	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
84	Bosentanum	Bosentan Ranbaxy, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05909991488529	2023-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	700,00	756,00	801,36	801,36	B.31.	bezpłatny	0 zł
85	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05907626708004	2024-10-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1000,00	1080,00	1144,80	858,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
86	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	2024-10-01	2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	10800,00	11664,00	12363,84	12363,84	B.66; B.77.	bezpłatny	0 zł
87	Brexucabtagene autoleucel	Tecartus, dyspersja do infuzji, 0,4 x 10^8 – 2 x 10^8 komórek	1 worek po 68 ml	05909991460662	<1>2023-09-01/<2>2024-10-01	2 lata	1226.2, Breksukabtagen autoleucel	1295508,00	1399148,64	1401308,64	1401308,64	<1>B.12.FM.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
88	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	15778,02	17040,26	18062,68	18062,68	B.6.	bezpłatny	0 zł
89	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	07038319119970	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	2629,67	2840,04	3010,45	3010,45	B.6.	bezpłatny	0 zł
90	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	7889,01	8520,13	9031,34	9031,34	B.6.	bezpłatny	0 zł
91	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90+180 mg	28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg)	07038319119987	2025-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	15778,02	17040,26	18062,68	15804,86	B.6.	bezpłatny	0 zł
92	Brolucizumabum	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 amp.-strzyk. 0,165 ml	07613421034993	2024-01-01	2 lata	1235.0, Brolucizumab	2636,68	2847,61	3018,47	3018,47	B.70.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
93	Budesonidum	Kinpeygo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 4 mg	120 szt.	04011548044179	2025-04-01	2 lata	1322.0, Budezonid	27331,43	29517,94	31289,03	31289,03	B.171.	bezpłatny	0 zł
94	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
95	Burosumab	Crysvita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol.	05038903003922	2023-11-01	2 lata	1287.0, Burosumab	25368,00	27397,44	29041,29	29041,28	B.151.	bezpłatny	0 zł
96	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
97	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2024-07-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.;<2>B.10.;<3>B.119.	bezpłatny	0 zł
98	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2025-07-01/<2>2025-01-01/<3>2024-07-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.;<2>B.10.;<3>B.119.	bezpłatny	0 zł
99	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2025-07-01/<2><3>2024-07-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1175.0, Kabozantynib	19489,20	21048,34	22311,23	22311,23	<1>B.5.;<2>B.10.;<3>B.119.	bezpłatny	0 zł
100	Canakinumabum	Ilaris, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol.	07613421054038	2025-01-01	2 lata	1316.0, Kanakinumab	43000,00	46440,00	48600,00	48600,00	B.33.	bezpłatny	0 zł
101	Cannabidiolum	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but. 100 ml	05055813900103	2024-01-01	2 lata	1294.0, Kannabidiol	4550,00	4914,00	5208,84	5208,84	<1>B.153.;<2>B.154.FM.	bezpłatny	0 zł
102	Caplacizumabum	Cablivi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strzyk.	05909991413385	2024-10-01	1 rok 6 miesięcy	1307.0, Kaplacyzumab	15437,49	16672,49	17672,84	17672,84	B.164.	bezpłatny	0 zł
103	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.	05909991298463	2025-07-01	3 miesiące	1189.0, Karfilzomib	674,33	728,28	771,97	771,97	B.54.	bezpłatny	0 zł
104	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991298470	2025-07-01	3 miesiące	1189.0, Karfilzomib	2023,00	2184,84	2315,93	2315,91	B.54.	bezpłatny	0 zł
105	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol.	05909991256388	2025-07-01	3 miesiące	1189.0, Karfilzomib	4046,00	4369,68	4631,86	4631,82	B.54.	bezpłatny	0 zł
106	Cemiplimabum	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol.	05909991408329	<1><4>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2023-11-01	2 lata	1231.0, Cemiplimab	14200,00	15336,00	16256,16	16256,16	<1>B.6.;<2>B.88.;<3>B.125.;<4>B.159.	bezpłatny	0 zł
107	Certolizumabum pegol	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml	2 amp.-strz.	05909990734894	<1><2><3>2023-09-01/<4>2025-01-01/<5>2024-10-01	<1><2><3>2 lata/<4><5>3 lata	1104.0, Certolizumab pegol	2532,32	2734,91	2899,00	2899,00	<1>B.33.;<2>B.35.;<3>B.36.;<4>B.47.;<5>B.82.	bezpłatny	0 zł
108	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05055565762707	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	300,00	324,00	343,44	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
109	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05055565762714	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
110	Cinacalcetii hydrochloridum	Cinacalcet Accordpharma, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05055565762721	2025-01-01	2 lata	1058.0, Cinacalcet	900,00	972,00	1030,32	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
111	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991417192	2025-04-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	200,00	216,00	228,96	228,96	B.39.	bezpłatny	0 zł
112	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05909991417253	2025-04-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	400,00	432,00	457,92	457,92	B.39.	bezpłatny	0 zł
113	Cinacalcetum	Cinacalcet Aurovitas, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05909991417314	2025-04-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	600,00	648,00	686,88	686,88	B.39.	bezpłatny	0 zł
114	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	1 szt.	04054839365331	2025-01-01	9 miesięcy	1200.0, Kladrybina	7787,70	8410,72	8915,36	8915,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
115	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	4 szt.	04054839365348	2025-01-01	9 miesięcy	1200.0, Kladrybina	31150,80	33642,86	35661,44	35661,44	B.29.	bezpłatny	0 zł
116	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	6 szt.	04054839365355	2025-01-01	9 miesięcy	1200.0, Kladrybina	46726,20	50464,30	52624,30	52624,30	B.29.	bezpłatny	0 zł
117	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powł., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2024-04-01	1 rok 6 miesięcy	1158.0, Kobimetynib	20000,00	21600,00	22896,00	22896,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
118	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
119	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
120	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	12357,00	13345,56	14146,29	14146,29	B.59.	bezpłatny	0 zł
121	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	2883,30	3113,96	3300,80	3300,80	B.59.	bezpłatny	0 zł
122	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	18535,50	20018,34	21219,44	21219,43	B.59.	bezpłatny	0 zł
123	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2024-07-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	4324,95	4670,95	4951,21	4951,20	B.59.	bezpłatny	0 zł
124	Daratumumabum	Darzalex, roztwór do wstrzykiwań, 1800 mg (120 mg/ml)	1 fiol. 15 ml	05413868119596	<1>2024-01-01/<2>2025-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	27113,80	29282,90	31039,88	31039,88	<1>B.54.; <2>B.145.	bezpłatny	0 zł
125	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738779	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	126,00	136,08	144,24	117,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
126	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738793	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	189,00	204,12	216,37	176,25	B.37.	bezpłatny	0 zł
127	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990738847	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	252,00	272,16	288,49	235,00	B.37.	bezpłatny	0 zł
128	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738861	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	315,00	340,20	360,61	293,74	B.37.	bezpłatny	0 zł
129	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738885	2025-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	378,00	408,24	432,73	352,49	B.37.	bezpłatny	0 zł
130	Darolutamidum	Nubeqa, tabl. powł., 300 mg	112 szt.	05908229303337	2024-07-01	2 lata	1241.0, Darolutamid	12236,00	13214,88	14007,77	14007,77	B.56.	bezpłatny	0 zł
131	Denosumabum	Xgeva, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	3 fiol.po 1,7 ml	05909990935024	2024-07-01	2 lata	1137.0, Denosumabum	3286,85	3549,80	3762,78	3762,78	B.134.	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
132	Dexamethasonum	Ozurdex, implant doszkliskowy, 700 µg	1 implant doszkliskowy z aplikatorem	05909990796663	<1>2025-07-01/<2>2023-09-01	3 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
133	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate MSN, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991560010	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
134	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate MSN, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991560058	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2129,07	2299,40	2437,35	2437,35	B.29.	bezpłatny	0 zł
135	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Teva, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	05909991525675	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	266,13	287,42	304,67	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
136	Dimethylis fumaras	Dimethyl fumarate Teva, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	05909991525682	2025-07-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2129,07	2299,40	2437,35	2437,35	B.29.	bezpłatny	0 zł
137	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 szt.	00646520415445	2025-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	709,69	766,47	812,45	304,67	B.29.	bezpłatny	0 zł
138	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 szt.	00646520415452	2025-01-01	3 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	2838,76	3065,86	3249,82	2437,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
139	Dinutuximabum beta	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml	1 fiol.po 4,5 ml	05060146291736	2024-10-01	2 lata 6 miesięcy	1208.0, Dinutuksymab beta	36075,51	38961,55	41121,55	41121,55	B.110.	bezpłatny	0 zł
140	Dostarlimabum	Jemperli, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991449872	2025-04-01	2 lata	1280.0, Dostarlimab	24173,91	26107,82	27674,29	27674,29	B.148.	bezpłatny	0 zł
141	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 amp.-strzyk. po 1,14 ml	05909991404741	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
142	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg	2 wstrzykiwacze 1,14 ml	05909991490591	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.	bezpłatny	0 zł
143	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę	05909991341435	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2024-04-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.; <3>B.156.	bezpłatny	0 zł
144	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 wstrzyk. po 2 ml	05909991490614	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2024-04-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4523,08	4884,93	5178,02	5178,02	<1>B.44.; <2>B.124.; <3>B.156.	bezpłatny	0 zł
145	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	9100,00	9828,00	10417,68	10417,67	<1>B.5.; <2>B.6.	bezpłatny	0 zł
146	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 2,4 ml	05000456031486	2025-01-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	2184,00	2358,72	2500,24	2500,24	B.6.	bezpłatny	0 zł
147	Ecuzumabum	Bekemv, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	08715131025755	<1>2024-10-01/<2>2023-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1171.0, Ekulizumab	9563,06	10328,10	10947,79	10947,79	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
148	Ecuzumabum	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	05909990643776	<1>2023-11-01/<2>2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1171.0, Ekulizumab	12750,75	13770,81	14597,06	10947,79	<1>B.95.; <2>B.96.	bezpłatny	0 zł
149	Efgartigimod alfa	Vyvgart, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. 20 ml	04150179912881	2024-04-01	2 lata	1297.0, Efgartigimod alfa	33500,00	36180,00	38340,00	38340,00	B.157.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
150	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	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
151	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	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3600,00	3888,00	4121,28	4121,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
152	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	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
153	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	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	600,00	648,00	686,88	686,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
154	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	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	7200,00	7776,00	8242,56	8242,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
155	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	2024-01-01	1 rok 9 miesięcy	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
156	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441673	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	3890,00	4201,20	4453,27	4453,27	B.15.	bezpłatny	0 zł
157	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441680	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	7780,00	8402,40	8906,54	8906,54	B.15.	bezpłatny	0 zł
158	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441659	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	972,50	1050,30	1113,32	1113,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
159	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441697	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	11670,00	12603,60	13359,82	13359,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
160	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441666	2023-09-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1945,00	2100,60	2226,64	2226,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
161	Eliglustatum	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg	56 szt.	05909991205942	2025-01-01	2 lata	1204.0, Eliglustat	75235,18	81253,99	83413,99	83413,99	B.23.	bezpłatny	0 zł
162	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.	08027950032181	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1269.0, Elotuzumab	5800,00	6264,00	6639,84	6639,84	B.54.	bezpłatny	0 zł
163	Elotuzumabum	Empliciti, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.	08027950032198	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1269.0, Elotuzumab	7733,33	8352,00	8853,12	8853,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
164	Elranatamab	Elrexio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 1,1 ml	05415062116289	2025-04-01	2 lata	1326.0, Elranatamab	12665,00	13678,20	14498,89	14498,89	B.54.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
165	Elranatamab	Elrex fio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 1,9 ml	05415062116272	2025-04-01	2 lata	1326.0, Elranatamab	21878,00	23628,24	25045,93	25045,93	B.54.	bezpłatny	0 zł
166	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990748204	<1><3>2023-11-01/<2>2025-04-01	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
167	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990748235	<1><3>2023-11-01/<2>2025-04-01	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
168	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 0,4 ml	07613326004442	2024-07-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	13968,25	15085,71	15990,86	15949,71	B.15.	bezpłatny	0 zł
169	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 0,7 ml	07613326004534	2024-07-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	24444,44	26400,00	27984,00	27912,00	B.15.	bezpłatny	0 zł
170	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	07613326004763	2024-07-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	34920,63	37714,28	39874,28	39874,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
171	Emicizumabum	Hemlibra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg/ml	1 fiol. po 1 ml	07613326004756	2024-07-01	2 lata	1305.0, Emicizumab	6984,13	7542,86	7995,43	7974,86	B.15.	bezpłatny	0 zł
172	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	03573994003939	2024-10-01	3 lata	1213.0, Enkorafenib	2639,00	2850,12	3021,13	2900,28	B.59.	bezpłatny	0 zł
173	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	2024-10-01	3 lata	1213.0, Enkorafenib	5700,23	6156,25	6525,62	6525,62	B.59.	bezpłatny	0 zł
174	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
175	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
176	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991363734	<1>2023-01-01/<2>2024-01-01	<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
177	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 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
178	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05906414003123	2024-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	250,00	270,00	286,20	85,86	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
179	Entecavirum	Entekavir Adamed , tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05906414003130	2024-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	500,00	540,00	572,40	171,72	B.1.	bezpłatny	0 zł
180	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05055565742532	2024-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	195,00	210,60	223,24	85,86	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
181	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05055565742549	2024-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	390,00	421,20	446,47	171,72	B.1.	bezpłatny	0 zł
182	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991369576	2025-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	75,00	81,00	85,86	85,86	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
183	Entecavirum monohydricum	Entecavir Zentiva, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991369590	2025-04-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	150,00	162,00	171,72	171,72	B.1.	bezpłatny	0 zł
184	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	07613326024891	<1>2025-01-01/<2>2023-11-01	2 lata	1270.0, Entrektynib	3960,00	4276,80	4533,41	4533,41	<1>B.6.; <2>B.144.	bezpłatny	0 zł
185	Entrectinibum	Rozlytrek, kaps. twarde, 200 mg	90 szt.	07613326024624	<1>2025-01-01/<2>2023-11-01	2 lata	1270.0, Entrektynib	23760,00	25660,80	27200,45	27200,45	<1>B.6.; <2>B.144.	bezpłatny	0 zł
186	Enzalutamidum	Xtandi, tabl. powł., 40 mg	112 szt.	05909991415242	2024-07-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	9234,00	9972,72	10571,08	10571,08	B.56.	bezpłatny	0 zł
187	Epcoritamabum	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/0,8 ml	1 fiol. 0,8 ml	08054083026503	2024-10-01	2 lata	1308.0, Epkorytamab	2584,90	2791,69	2959,19	2959,19	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
188	Epcoritamabum	Tepkinly, roztwór do wstrzykiwań, 48 mg	1 fiol. 0,8 ml	08054083026497	2024-10-01	2 lata	1308.0, Epkorytamab	31018,76	33500,26	35510,28	35510,28	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
189	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072378	2025-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	150,00	162,00	171,72	137,38	B.37.	bezpłatny	0 zł
190	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml	6 amp-strz.po 1 ml	05909990072392	2025-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	300,00	324,00	343,44	274,75	B.37.	bezpłatny	0 zł
191	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml	6 amp-strz.po 0,3 ml	05909990072439	2025-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	450,00	486,00	515,16	412,13	B.37.	bezpłatny	0 zł
192	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml	6 amp-strz.po 0,4 ml	05909990072453	2025-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	600,00	648,00	686,88	549,50	B.37.	bezpłatny	0 zł
193	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
194	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
195	Eptinezumabum	Vyepti, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 ml	05702150155733	2025-07-01	2 lata	1335.0, Eptinezumab	3800,00	4104,00	4350,24	4350,24	B.133.	bezpłatny	0 zł
196	Erdafitinibum	Balversa, tabl. powł., 3 mg	84 szt.	05413868125771	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdafitynib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
197	Erdafitinibum	Balversa, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05413868125764	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdafitynib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
198	Erdafitinibum	Balversa, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05413868125757	2025-07-01	2 lata	1337.0, Erdafitynib	38088,06	41135,10	43295,10	43295,10	B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
199	Erenumabum	Aimovig, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	07613421024604	2024-07-01	2 lata	1245.0, Erenumab	1237,93	1336,96	1417,19	1417,19	B.133.	bezpłatny	0 zł
200	Esketaminum	Spravato, aerozol do nosa, roztwór, 28 mg	1 fiol. po 28 mg	05413868117400	2025-07-01	2 lata	1278.0, Esketamina	836,72	903,66	957,87	957,87	B.147.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
201	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990880881	2024-10-01	2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	510,00	550,80	583,85	583,85	B.33.	bezpłatny	0 zł
202	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990777938	2024-10-01	2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	1275,00	1377,00	1459,62	1459,62	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
203	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>2025-01-01	<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
204	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	09002260025794	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2025-01-01	<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
205	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	09002260025787	<1><2><3>2023-11-01/<4>2022-11-01/<5>2025-01-01	<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
206	Evolocumabum	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg	2 wstrzykiwacze	05909991224370	2025-07-01	2 lata	1198.0, Ewolokumab	1338,07	1445,12	1531,82	1531,82	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	2025-07-01	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	2025-07-01	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, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.	05909990799374	2025-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1602,72	B.15.	bezpłatny	0 zł
210	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol.	05909990799367	2025-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	801,36	B.15.	bezpłatny	0 zł
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	1442,44	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

Ip.	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
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	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1260,00	1360,80	1442,45	1442,44	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	2025-07-01	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	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	630,00	680,40	721,22	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
216	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825349	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1710,00	1846,80	1957,61	1442,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
217	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825301	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	427,50	461,70	489,40	360,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
218	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825332	2025-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	855,00	923,40	978,80	721,22	B.15.	bezpłatny	0 zł
219	Farycymab	Vabysmo, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 fiol. 0,24 ml + 1 igła	07613326050708	2024-01-01	2 lata	1293.0, Farycymab	3098,33	3346,20	3546,97	3546,97	B.70.	bezpłatny	0 zł
220	Fedratinibum	Inrebic, kaps. twarde, 100 mg	120 szt.	07640133688596	2024-07-01	2 lata	1247.0, Fedratynib	18817,20	20322,58	21541,93	21541,93	B.81.	bezpłatny	0 zł
221	Fenfluraminum	Fintepla, roztwór doustny, 2,2 mg/ml	120 ml	05413787222018	2025-01-01	2 lata	1313.0, Fenfluramina	4167,41	4500,80	4770,85	4770,85	B.154.FM.	bezpłatny	0 zł
222	Filgotinibum	Jyseleca, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05430002329178	2025-04-01	2 lata	1276.0, Filgotynib	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	<1>B.33.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
223	Filgotinibum	Jyseleca, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	08020030001428	2025-04-01	2 lata	1276.0, Filgotynib	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	<1>B.33.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
224	Fingolimodum	Chantico, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	09008732012316	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
225	Fingolimodum	Efigalo, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	03838989774172	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	B.29.	bezpłatny	0 zł
226	Fingolimodum	Fingolimod Aurovitas, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991474621	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2750,00	2970,00	3148,20	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
227	Fingolimodum	Fingolimod Reddy, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	04251958600460	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
228	Fingolimodum	Fingolimod Richter, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05997001333303	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
229	Fingolimodum	Fingolimod Solinea, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991458850	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
230	Fingolimodum	Fingolimod Stada, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991469641	2025-07-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
231	Fingolimodum	Fingolimod Zentiva, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909991461157	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
232	Fingolimodum	Gaxenim, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	03830070471786	2025-04-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	2500,00	2700,00	2862,00	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
233	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 szt.	05909990856480	2025-01-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	4714,87	5092,06	5397,58	2862,00	B.29.	bezpłatny	0 zł
234	Foslevodopum + Foscarbidopum	Produodopa, roztwór do infuzji, 240+12 mg/ml	7 fiol. po 10 ml	08054083025162	2024-07-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2498,94	B.90.	bezpłatny	0 zł
235	Fremanezumabum	Ajovy, roztwór do wstrzykiwań, 225 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	05909991396497	2024-07-01	2 lata	1246.0, Fremanezumab	1732,50	1871,10	1983,37	1983,37	B.133.	bezpłatny	0 zł
236	Gemtuzumabum ozogamicinum	Mylotarg, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05415062328576	2024-10-01	2 lata	1251.0, Gemtuzumab ozogamycyny	25740,00	27799,20	29467,15	29467,15	B.114.	bezpłatny	0 zł
237	Gilteritinibi fumaras	Xospata, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909991426460	2024-10-01	2 lata	1250.0, Gilterytynib	74000,00	79920,00	82080,00	82080,00	B.114.	bezpłatny	0 zł
238	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046	2022-01-01	4 lata	1237.0, Givosyran	159215,68	171952,93	174112,93	174112,93	B.128.FM.	bezpłatny	0 zł
239	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 amp.-strzyk	05909990017065	2024-10-01	3 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.29.	bezpłatny	0 zł
240	Glatirameri acetas	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strzyk	05909991216382	2025-01-01	3 lata	1061.0, Glatirameri acetas	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.29.	bezpłatny	0 zł
241	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powł., 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
242	Glofitamabum	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol. 10 ml	07613326068468	2024-10-01	2 lata	1309.0, Glofitamab	13316,55	14381,87	15244,78	15244,78	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
243	Glofitamabum	Columvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2,5 mg	1 fiol. 2,5 ml	07613326068871	2024-10-01	2 lata	1309.0, Glofitamab	3329,14	3595,47	3811,20	3811,20	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
244	Glyceroli phenylbutyras	Raviecti, płyn doustny, 1,1 g/ml	1 butelka 25 ml + 1 nasadka	07350110580354	2025-01-01	2 lata	1262.0, Fenylomaślan glicerolu	717,40	774,79	821,28	821,28	B.140.	bezpłatny	0 zł
245	Golimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2024-10-01	2 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2567,00	2772,36	2938,70	2938,70	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
246	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2025-04-01	1 rok 6 miesięcy	1212.0, Guselkumab	8379,00	9049,32	9592,28	9547,63	B.47.	bezpłatny	0 zł
247	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 wstrzykiwacz 1 ml	05413868116687	2025-07-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	8340,00	9007,20	9547,63	9547,63	B.35.	bezpłatny	0 zł
248	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05413868117011	<1>2025-07-01/<2>2024-04-01	<1>3 miesiące/<2>1 rok 6 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
249	Ibrutinibum	Imbruvica, kaps. twarde, 140 mg	90 szt.	05909991195137	2024-04-01	1 rok 6 miesięcy	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	21600,00	23328,00	24727,68	24727,68	B.79.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
250	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 280 mg	30 szt.	05413868117028	<1>2025-07-01/<2>2024-04-01	<1>3 miesiące/<2>1 rok 6 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
251	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 420 mg	30 szt.	05413868117035	<1>2025-07-01/<2>2024-04-01	<1>3 miesiące/<2>1 rok 6 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
252	Ibrutinibum	Imbruvica, tabl. powł., 560 mg	30 szt.	05413868117042	2025-07-01	3 miesiące	1166.0, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - ibrutynib	40400,00	43632,00	45792,00	32970,24	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
253	Idursulfasum	Elapraxe, 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
254	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml	42 amp.po 1 ml	05908229300633	2025-01-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1762,89	1903,92	2018,15	2018,15	B.31.	bezpłatny	0 zł
255	Iloprostum	Ventavis , roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml	30 amp.po 1 ml	05909990609079	2025-07-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1321,25	1426,95	1512,57	1512,57	B.31.	bezpłatny	0 zł
256	Imiglucerasum	Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.po 10 ml	05909990943012	2025-07-01	3 lata	1065.0, Imiglucerasum	5368,29	5797,75	6145,62	6145,62	B.23.	bezpłatny	0 zł
257	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	1 fiol.	07350118290033	2022-09-01	4 lata	1252.0, Imlifidaza	678105,00	732353,40	734513,40	734513,40	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
258	Imlifidasum	Idefirix, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 11 mg	2 fiol.	07350118290040	2022-09-01	4 lata	1252.0, Imlifidaza	1356210,00	1464706,80	1466866,80	1466866,80	B.137.FM.	bezpłatny	0 zł
259	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990797868	<1>2025-01-01/<2><3>2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1325,00	1431,00	1516,86	1516,86	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
260	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990797875	2025-07-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2650,00	2862,00	3033,72	3033,72	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
261	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990869572	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	600,00	648,00	686,88	595,30	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
262	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990869657	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1200,00	1296,00	1373,76	1190,60	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
263	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990869541	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01/<3>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	300,00	324,00	343,44	297,65	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
264	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991067380	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3000,00	3240,00	3434,40	2976,50	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
265	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	595,30	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
266	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	1190,59	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
267	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	2381,18	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
268	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	297,65	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
269	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3000,00	3240,00	3434,40	2976,50	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
270	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	6000,00	6480,00	6868,80	5953,00	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
271	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	750,00	810,00	858,60	744,13	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
272	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	9000,00	9720,00	10303,20	8929,50	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
273	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	<1>2023-05-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1500,00	1620,00	1717,20	1488,25	<1>B.17.; B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
274	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909990425143	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	300,00	324,00	343,44	303,37	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
275	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05909990425174	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3000,00	3240,00	3434,40	3033,72	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
276	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 200 ml	05909990425181	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6000,00	6480,00	6868,80	6067,44	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
277	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	05909990425150	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	750,00	810,00	858,60	758,43	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
278	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 300 ml	05909990782208	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	9000,00	9720,00	10303,20	9101,16	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
279	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05909990425167	<1>2025-01-01/<2>2024-10-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1500,00	1620,00	1717,20	1516,86	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
280	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	100 ml	05909990725793	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	3000,00	3240,00	3434,40	3033,72	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
281	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	200 ml	05909990725809	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	6000,00	6480,00	6868,80	6067,44	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
282	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	25 ml	05909990725823	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	750,00	810,00	858,60	758,43	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
283	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	400 ml	05909991078676	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	12000,00	12960,00	13737,60	12134,88	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
284	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	50 ml	05909990725786	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1500,00	1620,00	1717,20	1516,86	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
285	Immunoglobulinum humanum normale (SCIg)	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991527310	2025-07-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	520,00	561,60	595,30	595,30	B.17.	bezpłatny	0 zł
286	Immunoglobulinum humanum normale (SCIg)	Xembify, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991527327	2025-07-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1040,00	1123,20	1190,59	1190,59	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
287	Inclisiranum	Leqvio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 284 mg	1 amp.-strzyk. 1,5 ml	07613421047276	2025-01-01	2 lata	1261.0, Inklisiran	9999,00	10798,92	11446,86	11446,86	B.101.	bezpłatny	0 zł
288	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05713219492751	<1><2><3><4><6>2024-07-01/<5>2025-07-01	<1><2><3><4><6>2 lata/<5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	870,00	939,60	995,98	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
289	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991086305	<1><6>2024-01-01/<2><3><4><5>2023-09-01	2 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	520,00	561,60	595,30	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
290	Infliximabum	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	07613421020903	<1><2><3><4><6>2024-04-01/<5>2025-04-01	<1><2><3><4><6>2 lata/<5>3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	750,00	810,00	858,60	595,30	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
291	Inotuzumabum ozogamicini	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. proszku	05907636977193	2025-01-01	2 lata 6 miesięcy	1219.0, Inotuzumab ozogamycyny	39392,10	42543,47	44703,47	44703,47	B.65.	bezpłatny	0 zł
292	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 amp.-strz. + 4 igły	05909990008148	2024-10-01	3 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
293	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 wstrz.	05909991001407	2024-10-01	3 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2711,74	2928,68	3104,40	3104,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
294	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	12 amp.-strz.a 0,5 ml	05909990874934	2024-10-01	3 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	2780,00	3002,40	3182,54	3182,54	B.29.	bezpłatny	0 zł
295	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	4 wkł.a 1,5 ml	05909990728497	2024-10-01	3 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	2780,00	3002,40	3182,54	3182,54	B.29.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
296	Interferonum beta-1b	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg	15 zest.	05909990619375	2025-01-01	2 lata	1024.5, Interferonum beta 1b	2105,00	2273,40	2409,80	2409,80	B.29.	bezpłatny	0 zł
297	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990872442	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01/<3>2024-07-01/<4><5>2023-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	11983,11	12941,76	13718,27	13718,27	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.; <5>B.59.	bezpłatny	0 zł
298	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990872459	<1>2025-04-01/<2>2025-01-01/<3>2024-07-01/<4><5>2023-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	47932,43	51767,02	53927,02	53927,02	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.58.; <5>B.59.	bezpłatny	0 zł
299	Isatuximabum	Sarelisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. po 25 ml	05909991427832	2025-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	9814,05	10599,17	11235,12	11235,12	B.54.	bezpłatny	0 zł
300	Isatuximabum	Sarelisa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909991427818	2025-07-01	2 lata	1277.0, Izatuksymab	1962,81	2119,83	2247,03	2247,03	B.54.	bezpłatny	0 zł
301	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	00351167136201	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
302	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2025-07-01	3 lata	1216.0, Iwakaftor	40812,00	44076,96	46236,96	46236,96	B.112.	bezpłatny	0 zł
303	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 59,5 mg	28 szt.	00351167175309	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
304	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	00351167144503	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
305	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg	28 szt.	00351167174302	2025-04-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	18821,96	20327,72	21547,38	18494,78	B.112.	bezpłatny	0 zł
306	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg	56 szt.	00351167113103	2025-07-01	3 lata	1216.0, Iwakaftor	40812,00	44076,96	46236,96	46236,96	B.112.	bezpłatny	0 zł
307	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 125+100 mg	56 sasz.	00351167131701	2024-04-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
308	Ivacaftorum + Lumacaftorum	Orkambi, granulat, 188+150 mg	56 sasz.	00351167131800	2024-04-01	2 lata	1216.1, Iwakaftor, lumakaftor	44918,00	48511,44	50671,44	50671,44	B.112.	bezpłatny	0 zł
309	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 150+100 mg	28 szt.	00351167136102	2024-04-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
310	Ivacaftorum + Tezacaftorum	Symkevi, tabl. powł., 75+50 mg	28 szt.	00351167144404	2024-04-01	2 lata	1216.2, Iwakaftor, tezakaftor	19661,97	21234,93	22509,03	22509,03	B.112.	bezpłatny	0 zł
311	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powł., 37,5+25+50 mg	56 szt.	00351167149409	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
312	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, granulat w saszetce, 60+40+80 mg	28 szt.	00351167173305	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
313	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, granulat w saszetce, 75+50+100 mg	28 szt.	00351167172704	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
314	Ivacaftorum + Tezacaftorum + Elexacaftorum	Kaftrio, tabl. powł., 75+50+100 mg	56 szt.	00351167143902	2025-04-01	2 lata	1216.3, Iwakaftor, tezakaftor, eleksakaftor	38693,38	41788,85	43948,85	43948,85	B.112.	bezpłatny	0 zł
315	Ivosidenibum	Tibsovo, tabl. powł., 250 mg	60 szt.	03664898120737	2025-01-01	2 lata	1317.0, Iwosydenib	47048,13	50811,98	52971,98	52971,98	B.114.	bezpłatny	0 zł
316	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg	3 szt.	03400930077696	2025-07-01	1 rok 3 miesiące	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	14481,72	B.54.	bezpłatny	0 zł
317	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg	3 szt.	03400930077719	2025-07-01	1 rok 3 miesiące	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
318	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg	3 szt.	03400930077726	2025-07-01	1 rok 3 miesiące	1222.0, Iksazomib	16500,00	17820,00	18889,20	18889,20	B.54.	bezpłatny	0 zł
319	Ixekizumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	<1>2025-01-01/<2> <4>2024-07-01/<3>2022-11-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<2> <4>2 lata/<3>3 lata	1184.0, Iksekizumab	8422,00	9095,76	9641,51	9641,51	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.82.	bezpłatny	0 zł
320	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powł., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2025-04-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	157,13	169,70	179,88	179,88	B.113.	bezpłatny	0 zł
321	Lamivudinum	Lamivudine Aurovitas, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991464127	2023-03-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	74,60	80,57	85,41	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
322	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2025-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	99,54	107,50	113,95	85,41	B.1.	bezpłatny	0 zł
323	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 amp.-strzyk.	00642621076103	2025-01-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	49853,42	53841,69	56001,69	56001,69	B.122.	bezpłatny	0 zł
324	Laronidasum	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml	1 fiol.po 5 ml	05909990005673	2025-07-01	3 lata	1069.0, Laronidasum	2134,00	2304,72	2443,00	2443,00	B.24.	bezpłatny	0 zł
325	Larotrectinibum	Vittrakvi, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	04057598011815	2025-04-01	2 lata	1272.0, Larotrektyrib	19775,77	21357,83	22639,31	22639,28	B.144.	bezpłatny	0 zł
326	Larotrectinibum	Vittrakvi, roztwór doustny, 20 mg/ml	2 butelki 50 ml	04057598012287	2025-04-01	2 lata	1272.0, Larotrektyrib	7062,77	7627,79	8085,46	8085,46	B.144.	bezpłatny	0 zł
327	Larotrectinibum	Vittrakvi, kaps. twarde, 25 mg	56 szt.	04057598011792	2025-04-01	2 lata	1272.0, Larotrektyrib	4943,93	5339,44	5659,82	5659,82	B.144.	bezpłatny	0 zł
328	Lebrikizumabum	Ebglyss, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg	1 amp.-strzyk. 2 ml	08430308134091	2025-07-01	2 lata	1331.0, Lebrykizumab	4300,00	4644,00	4922,64	4922,64	B.124.	bezpłatny	0 zł
329	Ledipasvirum + Sofosbuvirum	Harvoni, tabl. powł., 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
330	Letemovirum	Prevymis, tabl. powł., 240 mg	28 szt.	00191778018905	2024-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	18000,00	19440,00	20606,40	20606,40	B.132.	bezpłatny	0 zł
331	Letemovirum	Prevymis, tabl. powł., 480 mg	28 szt.	00191778018899	2024-07-01	2 lata	1248.0, Letermowir	36000,00	38880,00	41040,00	41040,00	B.132.	bezpłatny	0 zł
332	Levodopum + Carbidopum	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml	1 szt. (7 kasetek po 100 ml)	05909990419135	2024-07-01	2 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2568,08	2773,53	2939,93	2939,93	B.90.	bezpłatny	0 zł
333	Levofloxacinum	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg	56 amp.	08025153003014	2025-04-01	3 lata	1234.0, Lewofloksacyna	9052,36	9776,55	10363,14	10363,14	B.27.	bezpłatny	0 zł
334	L-karnityna	L-karnityna, proszek, 1 g	50 sasz.	05016533045017	2024-04-01	3 lata	1205.0, L-Karnityna	1920,08	2016,08	2137,04	2137,04	B.109.	bezpłatny	0 zł
335	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
336	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
337	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

Ip.	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
338	Loncastuximabum tesirini	Zynlonta, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol. 10 mg	07350031444193	2025-01-01	2 lata	1315.0, Lonkastuksymab tezyryny	60000,00	64800,00	66960,00	66960,00	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
339	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 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
340	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 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
341	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138	2022-03-01	4 lata	1238.0, Lumazyran	306870,45	331420,09	333580,09	333580,09	B.129.FM.	bezpłatny	0 zł
342	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	1 fiol.	07640133688244	2025-07-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept	6577,10	7103,27	7529,47	7529,47	B.142.	bezpłatny	0 zł
343	Luspaterceptum	Reblozyl, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 mg	1 fiol.	07640133688251	2025-07-01	2 lata	1043.3, czynniki stymulujące erytropoezę - luspatercept	19731,30	21309,80	22588,39	22588,39	B.142.	bezpłatny	0 zł
344	Lutetium (177Lu) oxodotreotidi	Lutathera, roztwór do infuzji, 370 MBq/ml	1 fiol. 20,5 - 25 ml	05909991350963	2025-01-01	2 lata	1170.1, Oksodotreotyd lutetu Lu-177	85000,00	91800,00	93960,00	93960,00	B.139.	bezpłatny	0 zł
345	Macitentanum	Opsumit, tabl. powł., 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
346	Maralixibatam	Livmarli, roztwór doustny, 9,5 mg/ml	30 ml	08720696500012	2025-07-01	2 lata	1334.0, Maralixybat	101642,15	109773,52	111933,52	111933,52	B.175.	bezpłatny	0 zł
347	Maribavirum	Livtency, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	07038319161382	2025-04-01	2 lata	1321.0, Maribawir	22752,98	24573,22	26047,61	26047,61	B.168.	bezpłatny	0 zł
348	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	08027950800742	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
349	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	08027950800759	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
350	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	08027950800728	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
351	Mavacamtenum	Camzyos, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	08027950800735	2024-07-01	2 lata	1303.0, Mawakamten	9450,00	10206,00	10818,36	10818,36	B.162.	bezpłatny	0 zł
352	Mecaserminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	059099990076024	2023-09-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2467,53	2664,93	2824,83	2824,83	B.20.	bezpłatny	0 zł
353	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampułko-strzykawka	05909991407148	<1>2025-01-01/<3>2024-10-01/<2><4>2025-04-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<3>2 lata/<2><4>1 rok 6 miesięcy	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	<1>B.44.; <2>B.75.; <3>B.156.; <4>B.169.	bezpłatny	0 zł
354	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 wstrzykiwacz	05909991407018	<1>2025-01-01/<3>2024-10-01/<2><4>2025-04-01	<1>1 rok 9 miesięcy/<3>2 lata/<2><4>1 rok 6 miesięcy	1167.0, Mepolizumab	3900,00	4212,00	4464,72	4464,72	<1>B.44.; <2>B.75.; <3>B.156.; <4>B.169.	bezpłatny	0 zł
355	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
356	Mercaptamini hydrochloridum	Cystadrops, krople do oczu, roztwór, 3,8 mg/ml	1 fiol. 5 ml	03663502000274	2025-01-01	2 lata	1084.2, Cysteamina do oczu	4420,00	4773,60	5060,02	5060,02	B.61.	bezpłatny	0 zł
357	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	112 szt.	05909991341527	2025-07-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	52028,22	56190,48	58350,48	58350,48	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
358	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	56 szt.	05909991353995	2025-07-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	26014,11	28095,24	29780,96	29780,96	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
359	Migalastatum	Galafold, kaps. twarde, 123 mg	14 szt.	05909991390273	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1215.0, Migalastatum	59787,86	64570,89	66730,89	66730,89	B.104.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
360	Mirikizumabum	OmvoH, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05999885490219	2025-01-01	2 lata	1319.0, Mirikizumab	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	B.55.	bezpłatny	0 zł
361	Mirikizumabum	OmvoH, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg/15 ml	1 fiol. 15 ml	05999885490202	2025-01-01	2 lata	1319.0, Mirikizumab	6000,00	6480,00	6868,80	6868,80	B.55.	bezpłatny	0 zł
362	Mogamulizumabum	Poteligeo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05038903004233	2024-10-01	2 lata	1300.0, Mogamulizumab	4958,00	5354,64	5675,92	5675,92	B.66.	bezpłatny	0 zł
363	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 recombinante	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
364	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 recombinante	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
365	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 recombinante	600,00	648,00	686,88	686,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
366	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 recombinante	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
367	Mosunetuzumabum	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. po 1 ml	07613326061001	2024-07-01	2 lata	1301.0, Mosunetuzumab	905,47	977,91	1036,58	1036,58	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
368	Mosunetuzumabum	Lunsumio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. po 30 ml	07613326061087	2024-07-01	2 lata	1301.0, Mosunetuzumab	27163,96	29337,08	31097,30	31097,30	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
369	Natalizumabum	Tysabri, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 amp.-strzyk.	05713219560252	2024-04-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	6525,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
370	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990084333	2025-01-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	5700,00	6156,00	6525,36	6525,36	B.29.	bezpłatny	0 zł
371	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991206444	<1>2025-04-01/<2>2025-07-01	<1>9 miesięcy/<2>6 miesięcy	1173.0, Nintedanib	4850,00	5238,00	5552,28	5552,28	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
372	Nintedanibum	Ofev, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991206468	<1>2025-04-01/<2>2025-07-01	<1>9 miesięcy/<2>6 miesięcy	1173.0, Nintedanib	8600,00	9288,00	9845,28	8328,42	<1>B.87.; <2>B.135.	bezpłatny	0 zł
373	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2025-01-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	9021,41	9743,12	10327,71	10327,71	B.6.	bezpłatny	0 zł
374	Nintedanibum	Vargatef, kaps. miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2025-01-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	8600,00	9288,00	9845,28	7745,78	B.6.	bezpłatny	0 zł
375	Niraparibum	ZeJula, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991515201	2024-10-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	17605,00	19013,40	20154,20	20154,20	B.50.	bezpłatny	0 zł
376	Niraparibum	ZeJula, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991515218	2024-10-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	26407,50	28520,10	30231,31	30231,30	B.50.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
377	Niraparyb + Abirateron	Akeega, tabl. powł., 100 + 500 mg	56 szt.	05413868122459	2025-01-01	2 lata	1236.1, Niraparyb + Octan abirateronu	21163,50	22856,58	24227,97	24227,97	B.56.	bezpłatny	0 zł
378	Niraparyb + Abirateron	Akeega, tabl. powł., 50 + 500 mg	56 szt.	05413868122442	2025-01-01	2 lata	1236.1, Niraparyb + Octan abirateronu	21163,50	22856,58	24227,97	24227,97	B.56.	bezpłatny	0 zł
379	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
380	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
381	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
382	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
383	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991220518	<1><6>2025-04-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01/<4><5>2023-09-01/<7>2024-10-01/<8>2025-07-01	<1><6>1 rok/<2>1 rok 9 miesięcy/<3>1 rok 3 miesiące/<4>2 lata 8 miesięcy/<5>2 lata/<7>1 rok 6 miesięcy/<8>9 miesięcy	1144.0, Niwolumab	5915,61	6388,86	6772,19	6772,18	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.52.; <5>B.58.; <6>B.59.; <7>B.77.; <8>B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
384	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909991220501	<1><6>2025-04-01/<2>2024-07-01/<3>2025-01-01/<4><5>2023-09-01/<7>2024-10-01/<8>2025-07-01	<1><6>1 rok/<2>1 rok 9 miesięcy/<3>1 rok 3 miesiące/<4>2 lata 8 miesięcy/<5>2 lata/<7>1 rok 6 miesięcy/<8>9 miesięcy	1144.0, Niwolumab	2366,24	2555,54	2708,87	2708,87	<1>B.4.; <2>B.6.; <3>B.10.; <4>B.52.; <5>B.58.; <6>B.59.; <7>B.77.; <8>B.141.FM.	bezpłatny	0 zł
385	Niwolumab + Relatlimab	Opdualag, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 240+80 mg	1 fiol. 20 ml	08027950800476	2024-04-01	2 lata	1144.1, Niwolumab + Relatlimab	28526,00	30808,08	32656,56	32656,56	B.59.	bezpłatny	0 zł
386	Nonacog alfa	BenefIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057207	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2397,84	2589,67	2745,05	2745,05	B.15.	bezpłatny	0 zł
387	Nonacog alfa	BenefIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057221	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	4795,68	5179,33	5490,09	5490,09	B.15.	bezpłatny	0 zł
388	Nonacog alfa	BenefIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057184	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	599,46	647,42	686,26	686,26	B.15.	bezpłatny	0 zł
389	Nonacog alfa	BenefIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057191	2024-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1198,92	1294,83	1372,53	1372,53	B.15.	bezpłatny	0 zł
390	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

Ip.	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
391	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2024-10-01/<2>2024-07-01	2 lata	1148.0, Obinutuzumab	9700,00	10476,00	11104,56	11104,56	<1>B.12.FM.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
392	Ocrelizumabum	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05902768001174	2025-01-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	20833,00	22499,64	23849,62	23849,62	B.29.	bezpłatny	0 zł
393	Ocrelizumabum	Ocrevus, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 23 ml	07613326075824	2025-07-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	41666,00	44999,28	47159,28	47159,28	B.29.	bezpłatny	0 zł
394	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909990224340	2024-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2470,00	2667,60	2827,66	2827,64	B.15.	bezpłatny	0 zł
395	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224357	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3705,00	4001,40	4241,48	4241,46	B.15.	bezpłatny	0 zł
396	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697441	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4940,00	5335,20	5655,31	5655,28	B.15.	bezpłatny	0 zł
397	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224302	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	617,50	666,90	706,91	706,91	B.15.	bezpłatny	0 zł
398	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697458	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	7410,00	8002,80	8482,97	8482,92	B.15.	bezpłatny	0 zł
399	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224333	2024-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1235,00	1333,80	1413,83	1413,82	B.15.	bezpłatny	0 zł
400	Odevixibaturn	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odeviksybat	61258,68	66159,37	68319,37	68319,37	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
401	Odevixibaturn	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odeviksybat	10209,78	11026,56	11688,16	11688,16	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
402	Odevixibaturn	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odeviksybat	20419,56	22053,12	23376,31	23376,31	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
403	Odevixibaturn	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036	2024-01-01	2 lata	1292.0, Odeviksybat	30629,34	33079,69	35064,47	35064,47	B.152.FM.	bezpłatny	0 zł
404	Ofatumumabum	Kesimpta, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	1 wstrz.	07613421040123	2025-01-01	2 lata	1257.0, Ofatumumab	5553,35	5997,62	6357,47	6357,47	B.29.	bezpłatny	0 zł
405	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05000456031325	<1>2023-11-01/<2>2024-04-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy/<3>6 miesięcy/<4>9 miesięcy	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
406	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05000456031318	<1>2023-11-01/<2>2024-04-01/<3>2025-04-01/<4>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy/<3>6 miesięcy/<4>9 miesięcy	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
407	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508	2024-04-01	2 lata	1296.0, Olipudaza alfa	14860,00	16048,80	17011,73	17011,73	B.158.FM.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
408	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696	2024-04-01	2 lata	1296.0, Olipudaza alfa	2972,00	3209,76	3402,35	3402,35	B.158.FM.	bezpłatny	0 zł
409	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk. 1 ml	05909990708406	2024-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1132,20	1222,78	1296,14	1296,14	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
410	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 150 mg	1 wstrzykiwacz	07613421103514	2025-07-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1132,20	1222,78	1296,14	1296,14	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
411	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421103675	2025-07-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	2264,40	2445,55	2592,28	2592,28	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
412	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909990708376	2024-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	566,10	611,39	648,08	648,08	B.44.	bezpłatny	0 zł
413	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 75 mg	1 wstrzykiwacz	07613421103873	2025-07-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	566,10	611,39	648,08	648,08	B.44.	bezpłatny	0 zł
414	Omaveloxolonom	Skyclarys, kaps. twarde, 50 mg	90 szt.	00373179500443	2025-07-01	2 lata	1333.0, Omaweloksolon	99703,11	107679,36	109839,36	109839,36	B.174.	bezpłatny	0 zł
415	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701106	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
416	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701137	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
417	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701168	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
418	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227701199	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
419	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702844	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
420	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702875	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
421	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	1 fiol. 5,5 ml + 8 fiol. 8,3 ml	05397227702905	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
422	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 1 fiol. 8,3 ml	05397227701090	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
423	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 2 fiol. 8,3 ml	05397227701120	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
424	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 3 fiol. 8,3 ml	05397227701151	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
425	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 4 fiol. 8,3 ml	05397227701182	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
426	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 5 fiol. 8,3 ml	05397227702837	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
427	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 6 fiol. 8,3 ml	05397227702868	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
428	Onasemnogenum abeparvovecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 5,5 ml + 7 fiol. 8,3 ml	05397227702899	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
429	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	2 fiol. 8,3 ml	05397227701083	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
430	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	3 fiol. 8,3 ml	05397227701113	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
431	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	4 fiol. 8,3 ml	05397227701144	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
432	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	5 fiol. 8,3 ml	05397227701175	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
433	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	6 fiol. 8,3 ml	05397227702820	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
434	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	7 fiol. 8,3 ml	05397227702851	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
435	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	8 fiol. 8,3 ml	05397227702882	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
436	Onasemnogenum abeparvecum	Zolgensma, roztwór do infuzji, 2 x 10 ¹³ vg/ml	9 fiol. 8,3 ml	05397227702912	2024-10-01	2 lata	1255.0, Onasemnogen abeparwovek	8000000,00	8640000,00	8642160,00	8642160,00	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
437	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2025-07-01	1 rok 6 miesięcy	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	13165,20	B.6.	bezpłatny	0 zł
438	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2025-07-01	1 rok 6 miesięcy	1169.0, Ozymertynib	23000,00	24840,00	26330,40	26330,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
439	Oxybutynini hydrochloridum	Vesoxx, roztwór do podawania do pęcherza moczowego, 1 mg/ml	100 amp.-strzyk. 10 ml	05909991398705	2025-01-01	2 lata	1312.0, Oksybutynina	7500,00	8100,00	8586,00	8586,00	B.73.	bezpłatny	0 zł
440	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,23 + 0,46 mg	7 szt. (4 x 0,23 mg + 3 x 0,46mg)	07640133688220	<1><2>2025-01-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	1293,74	1397,24	1481,07	528,96	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
441	Ozanimodum	Zeposia, kaps. twarde, 0,92 mg	28 szt.	07640133688237	<1><2>2025-01-01	2 lata	1256.0, Ozanimod	5174,96	5588,96	5924,30	5924,30	<1>B.29.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
442	Paclitaxelum albuminatum	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 mg	05909990930265	2024-01-01	3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	861,90	930,85	986,70	740,03	B.85.	bezpłatny	0 zł
443	Paclitaxelum albuminatum	Apexelsin, proszek do sporządzania dyspersji do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 100 mg	08721161238041	<1>2025-04-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	646,42	698,13	740,03	740,03	<1>B.85.	bezpłatny	0 zł
444	Paclitaxelum albuminatum	Naveruclif, proszek do sporządzania dyspersji do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 100 mg	05055565791660	2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	646,42	698,13	740,03	740,03	<1>B.85.	bezpłatny	0 zł
445	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 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
446	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 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
447	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 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
448	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	05000456067720	2025-04-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	1468,25	1585,71	1680,86	1680,86	B.40.	bezpłatny	0 zł
449	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	05000456067713	2025-04-01	2 lata	1073.0, Palivizumab	2936,50	3171,42	3361,71	3361,71	B.40.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
450	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fioł.a 1 ml	04046241091243	2024-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	58,50	63,18	66,97	66,97	B.39.	bezpłatny	0 zł
451	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fioł.a 1 ml	04046241079906	2024-01-01	2 lata	1131.0, Parykalcytol	146,25	157,95	167,43	167,43	B.39.	bezpłatny	0 zł
452	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	03663502003534	<1>2024-10-01/<2>2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1174.0, Pasyreotyd	6874,46	7424,42	7869,88	6893,13	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
453	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	03663502003527	2024-04-01	2 lata	1174.0, Pasyreotyd	9031,88	9754,43	10339,69	10339,69	B.118.	bezpłatny	0 zł
454	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	03663502003510	<1>2024-10-01/<2>2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1174.0, Pasyreotyd	7135,18	7705,99	8168,35	8168,35	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
455	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	03663502003503	2024-10-01	3 lata	1174.0, Pasyreotyd	7896,53	8528,25	9039,95	9039,95	B.99.	bezpłatny	0 zł
456	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990764877	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1110.0, Pazopanib	2070,00	2235,60	2369,74	2369,74	<1>B.8.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
457	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 200 mg	90 szt.	05909990764884	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1110.0, Pazopanib	6210,00	6706,80	7109,21	7109,21	<1>B.8.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
458	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990764891	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1110.0, Pazopanib	4140,00	4471,20	4739,47	4739,47	<1>B.8.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
459	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 400 mg	60 szt.	05909990764907	2024-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1110.0, Pazopanib	8280,00	8942,40	9478,94	9478,94	<1>B.8.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
460	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg	1 fioł. 20 ml	07350031443950	2023-09-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	16055,00	17339,40	18379,76	18379,76	B.96.	bezpłatny	0 zł
461	Pegcetakoplan	Aspaveli, roztwór do infuzji, 1080 mg	8 fioł. 20 ml	07350031443967	2023-09-01	2 lata	1286.0, Pegcetakoplan	128440,00	138715,20	140875,20	140875,20	B.96.	bezpłatny	0 zł
462	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
463	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
464	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
465	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520442113	2024-07-01	3 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2135,50	2306,34	2444,72	2444,72	B.29.	bezpłatny	0 zł
466	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63; 94 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520437201	2024-07-01	3 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	2135,50	2306,34	2444,72	1535,28	B.29.	bezpłatny	0 zł
467	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	30 zestawów (fioł., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006281	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	6930,00	7484,40	7933,46	7933,46	B.99.	bezpłatny	0 zł
468	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg	30 zestawów (fioł., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05909990006298	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	10395,00	11226,60	11900,20	11900,19	B.99.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
469	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 20 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315958	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	13860,00	14968,80	15866,93	15866,92	B.99.	bezpłatny	0 zł
470	Pegvisomantum	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 25 mg	30 zestawów (fiol., amp-strzyk. i igieł z zabezpieczeniem)	05415062315965	2024-04-01	3 lata	1203.0, Pegwisomant	17325,00	18711,00	19833,66	19833,65	B.99.	bezpłatny	0 zł
471	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	<1><5>2025-04-01/<4><6><7>2024-10-01/<2><8>2025-07-01/<3>2023-09-01/<9>2024-04-01	<1><5>1 rok 3 miesiące/<2><8>1 rok/<3><9>2 lata/<4><6><7>1 rok 9 miesięcy	1143.0, Pembrolizumab	13039,48	14082,64	14927,60	14927,60	<1>B.4.;<2>B.6.; B.9.FM;<3>B.10.;<4>B.52.;<5>B.58.;<6>B.59.;<7>B.148.;<8>B.141.FM.;<9>B.159.	bezpłatny	0 zł
472	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05902768001006	2024-04-01	3 lata	1147.0, Pertuzumab	8874,00	9583,92	10158,96	10158,96	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
473	Pirfenidonum	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05909991530396	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
474	Pirfenidonum	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05909991530389	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	400,00	432,00	457,92	457,92	B.87.	bezpłatny	0 zł
475	Pirfenidonum	Pirfenidon Medical Valley, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05909991530419	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	B.87.	bezpłatny	0 zł
476	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 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
477	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 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
478	Pirfenidonum	Pirfenidon Stada, tabl. powł., 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
479	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 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
480	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05909991494193	2023-11-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	479,40	517,75	548,81	548,81	B.87.	bezpłatny	0 zł
481	Pirfenidonum	Pirfenidon Zentiva, tabl. powł., 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
482	Pirfenidonum	Pirfenidone Accord, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05909991523336	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2440,00	2635,20	2793,31	2793,31	B.87.	bezpłatny	0 zł
483	Pirfenidonum	Pirfenidone Accord, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05909991523329	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	610,00	658,80	698,33	698,33	B.87.	bezpłatny	0 zł
484	Pirfenidonum	Pirfenidone Accord, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05909991523367	2025-07-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2440,00	2635,20	2793,31	2793,31	B.87.	bezpłatny	0 zł
485	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	07613421107284	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2520,00	2721,60	2884,90	2884,88	B.87.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
486	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 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
487	Pirfenidonum	Pirfenidone Sandoz, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	07613421107291	2023-01-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	2520,00	2721,60	2884,90	2884,88	B.87.	bezpłatny	0 zł
488	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 140 mg	1 fiol. proszku	07613326024143	2024-01-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	41973,00	45330,84	47490,84	47490,84	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
489	Polatuzumabum vedotinum	Polivy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. proszku	07613326029353	2024-01-01	2 lata	1242.0, Polatuzumab wedotyny	8994,21	9713,75	10296,57	10296,57	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
490	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2025-07-01	3 lata	1207.0, Ponatynib	17138,36	18509,43	19619,99	19619,99	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
491	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2025-07-01	3 lata	1207.0, Ponatynib	17138,36	18509,43	19619,99	19619,99	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
492	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	05413868120363	2025-01-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
493	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 mg	14 szt. (2 x 2 mg + 2 x 3 mg + 2 x 4 mg + 1 x 5 mg + 1 x 6 mg + 1 x 7 mg + 1 x 8 mg + 1 x 9 mg + 3 x 10 mg)	03760250441806	2025-04-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	535,81	578,67	613,40	613,40	B.29.	bezpłatny	0 zł
494	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05413868120370	2025-01-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
495	Ponesimodum	Ponvory, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	03760250441813	2025-04-01	2 lata	1259.0, Ponesimod	3615,10	3904,31	4138,57	4138,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
496	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139	2022-09-01	4 lata	1253.0, Pretomanid	14310,00	15454,80	16382,09	16382,09	B.136.FM.	bezpłatny	0 zł
497	Ramucirumabum	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	2 fiol.po 10 ml	05909991205898	<1>2025-01-01/<2>2025- 07-01	2 lata	1266.0, Ramucyrumab	3024,00	3265,92	3461,88	3461,88	<1>B.58.	bezpłatny	0 zł
498	Ranibizumab	Ranivisio, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 0,23 ml	04260764190058	2024-07-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1087,90	1174,93	1245,42	1245,42	B.70.	bezpłatny	0 zł
499	Ranibizumab	Rimmyrah, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 0,23 ml	08434805000552	2025-04-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	850,00	918,00	973,08	973,08	B.70.	bezpłatny	0 zł
500	Ranibizumab	Ximluci, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml + igła z filtrem	05909991497316	2025-07-01	2 lata	1134.0, Ranibizumab	1700,00	1836,00	1946,16	1946,16	B.70.	bezpłatny	0 zł
501	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1100 mg	1 fiol. 11 ml	05391527740162	<1>2023-09-01/<2>2025- 01-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	71401,00	77113,08	79273,08	79273,08	<1>B.95.; B.96.; <2>B.157.	bezpłatny	0 zł
502	Ravulizumabum	Ultomiris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 3 ml	05391527740179	<1>2023-09-01/<2>2025- 01-01	2 lata	1285.0, Rawulizumab	19473,00	21030,84	22292,69	22292,69	<1>B.95.; B.96.; <2>B.157.	bezpłatny	0 zł
503	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powł., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2024-10-01	2 lata 9 miesięcy	1195.0, Rybocyklib	9506,78	10267,32	10883,37	10883,37	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
504	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	1439,30	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
505	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1 mg	42 szt.	05908229300336	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	2878,60	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
506	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
507	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2 mg	42 szt.	05908229300398	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
508	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	2024-04-01	3 lata	1138.0, Riocyguat	3771,75	4073,49	4317,90	4317,90	<1>B.31.; <2>B.74.	bezpłatny	0 zł
509	Ripretinibum	Qinlock, tabl., 50 mg	90 szt.	03400930243640	2025-07-01	2 lata	1329.0, Ripretynib	78315,00	84580,20	86740,20	86740,20	B.172.	bezpłatny	0 zł
510	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 wstrzyk.po 1 ml	08054083023021	<1>2025-07-01/<2>2025-04-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	11501,00	12421,08	13166,34	13166,34	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
511	Risdiplamum	Evrysdi, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 0,75 mg/ml	1 but. po 80 ml	07613326029896	2024-10-01	2 lata	1254.0, Rysdyplam	35625,21	38475,23	40635,23	40635,23	B.102.FM.	bezpłatny	0 zł
512	Ritlecitinibum	Litfulo, kaps.twarde, 50 mg	30 szt.	05415062109823	2025-07-01	2 lata	1330.0, Ritlecetynib	3202,00	3458,16	3665,65	3665,65	B.173.	bezpłatny	0 zł
513	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2023-11-01/<2><6>2025-01-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1097,86	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
514	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2023-11-01/<2><6>2025-01-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2744,65	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
515	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	<1><2><3><4><5><6>2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
516	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	<1><2><3><4><5><6>2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
517	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909991364908	2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	882,00	952,56	1009,71	1009,71	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
518	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909991336349	2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<1>B.33.; <2>B.75.; <3>B.97.; <4>B.98. <5>B.157.	bezpłatny	0 zł
519	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg	1 fiol. proszku	08715131018139	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	1126,98	1217,14	1290,17	1290,17	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
520	Romiplostimum	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg	1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku	05909990766994	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	2253,96	2434,28	2580,34	2580,34	<1>B.97.; <2>B.98.	bezpłatny	0 zł
521	Romosozumabum	Evenity, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 90 mg/ml	2 amp.-strz. 1,17 ml	05413787222025	2024-07-01	1 rok 9 miesięcy	1299.0, Romosozumab	1830,00	1976,40	2094,98	2094,98	B.160.	bezpłatny	0 zł
522	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 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
523	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 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
524	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 20 mg	12 szt.	05909991458690	2023-09-01	2 lata	1043.4, czynniki stymulujące erytropoezę - roksadustat	218,79	236,29	250,47	250,43	B.37.	bezpłatny	0 zł
525	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 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
526	Roxadustatum	Evrenzo, tabl. powł., 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
527	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	04150152358903	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
528	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powł., 250 mg	60 szt.	04150152359153	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
529	Rucaparibum	Rubraca, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	04150152359214	2025-04-01	2 lata	1327.0, Rukaparyb	10398,70	11230,60	11904,43	11904,43	B.50.	bezpłatny	0 zł
530	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067125	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinat	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	B.15.	bezpłatny	0 zł
531	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	00642621067132	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinat	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	B.15.	bezpłatny	0 zł
532	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067101	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinat	600,00	648,00	686,88	686,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
533	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	07038319157040	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinat	7200,00	7776,00	8242,56	8242,56	B.15.	bezpłatny	0 zł
534	Rurioctocogum alfa pegolum	Adynovi, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 2 ml	00642621067118	2025-07-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinat	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
535	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
536	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
537	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

Ip.	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	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
539	Sacituzumabum govitecanum	Trodelvy, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	05391507146816	2025-01-01	2 lata	1265.0, Sacytuzumab gowitekan	3530,00	3812,40	4041,14	4041,14	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
540	Satralizumabum	Enspryng, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strzyk.	07613326032322	2025-01-01	2 lata	1260.0, Satralizumab	30500,00	32940,00	34916,40	34916,40	B.138.FM.	bezpłatny	0 zł
541	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	2 amp.-strz./2 wstrz.	05909991203832	<1>2025-07-01/<2><3>2025-01-01/<4>2025-04-01/<5><6>2024-07-01	<1>6 miesięcy/<2><3>1 rok/<4>9 miesięcy/<5><6>1 rok 6 miesięcy	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.; <6>B.161.	bezpłatny	0 zł
542	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	1 wstrzykiwacz	07613421040130	<1><2>2025-01-01/<3>2025-04-01/<4>2024-07-01	<1><2>1 rok/<3>9 miesięcy/<4>1 rok 6 miesięcy	1180.0, Sekukinumab	4093,86	4421,37	4686,65	4686,65	<1>B.35.; <2>B.36.; <3>B.47.; <4>B.161.	bezpłatny	0 zł
543	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	1171,66	<1>B.33.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
544	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	62000,00	66960,00	69120,00	69120,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
545	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	74400,00	80352,00	82512,00	82512,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
546	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	86800,00	93744,00	95904,00	95904,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
547	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	99200,00	107136,00	109296,00	109296,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
548	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	28933,33	31248,00	33122,88	33122,88	B.31.	bezpłatny	0 zł
549	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	12400,00	13392,00	14195,52	14195,52	B.31.	bezpłatny	0 zł
550	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	24800,00	26784,00	28391,04	28391,04	B.31.	bezpłatny	0 zł
551	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	37200,00	40176,00	42336,00	42336,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
552	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2025-01-01	1 rok 3 miesiące	1217.0, Seleksypag	49600,00	53568,00	55728,00	55728,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
553	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529	2023-09-01	2 lata	1283.0, Selperkatynib	9991,81	10791,15	11438,63	11331,15	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
554	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
555	Selumetinibum	Koselugo, kaps. twarde, 10 mg	60 szt.	05000456070058	2024-01-01	2 lata	1295.0, Selumetynib	21495,34	23214,97	24607,86	24078,96	B.155.	bezpłatny	0 zł
556	Selumetinibum	Koselugo, kaps. twarde, 25 mg	60 szt.	05000456070065	2024-01-01	2 lata	1295.0, Selumetynib	53738,34	58037,41	60197,41	60197,41	B.155.	bezpłatny	0 zł
557	Sildenafilii citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2023-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafililum	50,00	54,00	57,24	57,24	B.31.	bezpłatny	0 zł
558	Sildenafililum	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05055565731932	2022-09-01	3 lata	1076.0, Sildenafililum	200,00	216,00	228,96	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
559	Sildenafililum	Remidia, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060610545	2025-07-01	5 lat	1076.0, Sildenafililum	90,00	97,20	103,03	103,03	B.31.	bezpłatny	0 zł
560	Sildenafililum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	1 but. po 112 ml	05909990967780	2025-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafililum	827,20	893,38	946,98	64,11	B.31.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
561	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991355715	2024-07-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	45,00	48,60	51,52	51,52	B.31.	bezpłatny	0 zł
562	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. po 8 ml	05060146292276	2024-07-01	2 lata	1243.0, Siltuksymab	1837,53	1984,53	2103,60	2103,60	B.131.	bezpłatny	0 zł
563	Siltuximabum	Sylvant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol. po 30 ml	05060146292481	2024-07-01	2 lata	1243.0, Siltuksymab	7350,11	7938,12	8414,41	8414,40	B.131.	bezpłatny	0 zł
564	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 0,25 mg	12 szt.	07613421024598	2025-01-01	2 lata	1258.0, Siponimod	660,00	712,80	755,57	377,78	B.29.	bezpłatny	0 zł
565	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	07613421058906	2023-11-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	3525,99	B.29.	bezpłatny	0 zł
566	Siponimodum	Mayzent, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	07613421024581	2025-01-01	2 lata	1258.0, Siponimod	6160,00	6652,80	7051,97	7051,97	B.29.	bezpłatny	0 zł
567	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Epclusa, tabl. powł., 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
568	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	Vosevi, tabl. powł., 400 + 100 + 100 mg	28 szt.	05391507143303	2025-07-01	2 lata	1135.7, Leki przeciwwirusowe - sofosbuwir, velpataswir, woksylaprewir	42843,00	46270,44	48430,44	48430,44	B.71.	bezpłatny	0 zł
569	Somatrogonum	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 24 mg	1 wstrzykiwacz 1,2 ml	05415062388037	2024-10-01	2 lata	1310.0, Somatrogon	648,00	699,84	741,83	741,83	B.19.	bezpłatny	0 zł
570	Somatrogonum	Ngenla, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 60 mg	1 wstrzykiwacz 1,2 ml	05415062388044	2024-10-01	2 lata	1310.0, Somatrogon	1620,00	1749,60	1854,58	1854,58	B.19.	bezpłatny	0 zł
571	Somatropinum	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg	5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887170	2025-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	4571,11	4936,80	5233,01	3846,53	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
572	Somatropinum	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg	5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887095	2025-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1077.0, Somatropinum	2018,81	2180,31	2311,14	1698,88	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.111.	bezpłatny	0 zł
573	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990072897	<1>2024-07-01/<2><3><4>2025-07-01/<5><6>2025-01-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	2800,00	3024,00	3205,44	3205,44	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
574	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990050161	<1>2024-07-01/<2><3><4>2025-07-01/<5><6>2025-01-01	<2><3><4><5>3 lata/<1><6>2 lata	1077.0, Somatropinum	1400,00	1512,00	1602,72	1602,72	<1>B.19.; <2>B.38.; <3>B.41.; <4>B.42.; <5>B.64.; <6>B.111.	bezpłatny	0 zł
575	Sotorasibum	Lumykras, tabl. powł., 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
576	Tafamidisum	Vyndaqel, kaps. miękkie, 61 mg	30 szt.	05415062359426	2024-07-01	2 lata	1302.0, Tafamidis	30103,00	32511,24	34461,91	34461,91	B.162.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
577	Tafasitamabum	Minjuvi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol. proszku	09088885500694	2025-07-01	2 lata	1275.0, Tafasytamab	3048,00	3291,84	3489,35	3489,35	B.12.FM.	bezpłatny	0 zł
578	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,1 mg	30 szt.	05415062115466	2025-04-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	2112,94	2281,98	2418,90	1910,11	B.56.	bezpłatny	0 zł
579	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 0,25 mg	30 szt.	05415062348826	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	5282,36	5704,95	6047,24	4775,28	<1>B.9.FM.; <2>B.56.	bezpłatny	0 zł
580	Talazoparibum	Talzenna, kapsułki twarde, 1 mg	30 szt.	05415062348789	2025-01-01	2 lata	1263.0, Talazoparyb	16685,10	18019,91	19101,11	19101,11	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
581	Talquetamabum	Talvey, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml	05413868122503	2025-04-01	2 lata	1325.0, Talquetamab	1447,50	1563,30	1657,10	1657,10	B.54.	bezpłatny	0 zł
582	Talquetamabum	Talvey, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05413868122510	2025-04-01	2 lata	1325.0, Talquetamab	19300,00	20844,00	22094,64	22094,64	B.54.	bezpłatny	0 zł
583	Tebentafuspum	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml	1 fiol. po 0,5 ml	05056416800036	2024-07-01	2 lata	1304.0, Tebentafusp	43074,00	46519,92	48679,92	48679,92	B.163.FM.	bezpłatny	0 zł
584	Teclistamabum	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. 3 ml	05413868121575	2024-10-01	2 lata	1306.0, Teklistamab	3700,00	3996,00	4235,76	4235,76	B.54.	bezpłatny	0 zł
585	Teclistamabum	Tecvayli, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg/ml	1 fiol. 1,7 ml	05413868121582	2024-10-01	2 lata	1306.0, Teklistamab	18870,00	20379,60	21602,38	21602,38	B.54.	bezpłatny	0 zł
586	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05909991379704	<1>2023-09-01/<2>2024-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	115,00	124,20	131,65	131,65	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
587	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Viatris, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05902020926801	2025-07-01	3 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	455,00	491,40	520,88	131,65	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
588	Teriflunomidum	Aregalu, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	03838989753306	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
589	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991088170	2024-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	2077,50	2243,70	2378,32	1236,38	B.29.	bezpłatny	0 zł
590	Teriflunomidum	Boxarid, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05997001335277	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
591	Teriflunomidum	Bozilos, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05995327186870	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
592	Teriflunomidum	Clefirem, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05397313000182	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
593	Teriflunomidum	Terebyo, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	07613421163334	2024-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	1080,00	1166,40	1236,38	1236,38	B.29.	bezpłatny	0 zł
594	Teriflunomidum	Teriflunomid Adamed, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05900411011495	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
595	Teriflunomidum	Teriflunomide +pharma, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991516994	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	800,00	864,00	915,84	915,84	B.29.	bezpłatny	0 zł
596	Teriflunomidum	Teriflunomide Accord, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05055565791189	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
597	Teriflunomidum	Teriflunomide Glenmark, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991527778	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
598	Teriflunomidum	Teriflunomide MSN, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991517175	2025-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
599	Teriflunomidum	Teriflunomide Neuraxpharm, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991537340	2025-07-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	780,00	842,40	892,94	892,94	B.29.	bezpłatny	0 zł
600	Teriflunomidum	Teriflunomide Zentiva, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991515188	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
601	Teriflunomidum	Tifay, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991526085	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	810,00	874,80	927,29	927,29	B.29.	bezpłatny	0 zł
602	Teriflunomidum	Tifay, tabl. powł., 14 mg	84 szt.	05909991526092	2025-01-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	2430,00	2624,40	2781,86	2781,86	B.29.	bezpłatny	0 zł
603	Tezepelumabum	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań, 210 mg	1 amp.-strzyk. 1,91 ml	05000456076166	2024-04-01	2 lata	1298.0, Tezepelumab	4302,83	4647,06	4925,88	4925,88	B.44.	bezpłatny	0 zł
604	Tezepelumabum	Tezspire, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 210 mg	1 wstrz. po 1,91 ml	05000456075725	2024-10-01	2 lata	1298.0, Tezepelumab	4302,83	4647,06	4925,88	4925,88	B.44.	bezpłatny	0 zł
605	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 ⁶ – 6 x 10 ⁸ komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388	<1>2024-07-01/<2>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
606	Tobramycinum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	05909990045976	2025-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	5590,00	6037,20	6399,43	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
607	Tobramycinum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991308292	2024-04-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	4300,00	4644,00	4922,64	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
608	Tobramycinum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991321444	2025-01-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	2700,00	2916,00	3090,96	3090,96	B.27.	bezpłatny	0 zł
609	Tocilizumabum	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	05902768001075	2024-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2730,00	2948,40	3125,30	2328,98	B.33.	bezpłatny	0 zł
610	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990678259	<1><2>2025-01-01	<1><2>2 lata	1106.0, Tocilizumab	975,00	1053,00	1116,18	718,82	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
611	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990678266	<1><2>2025-01-01	<1><2>2 lata	1106.0, Tocilizumab	1950,00	2106,00	2232,36	1437,64	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
612	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990678273	<1><2>2025-01-01	<1><2>2 lata	1106.0, Tocilizumab	390,00	421,20	446,47	287,53	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
613	Tocilizumabum	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	04052682073373	2024-04-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2034,40	2197,15	2328,98	2328,98	B.33.	bezpłatny	0 zł
614	Tocilizumabum	Tyenne, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 wstrzyk.	04052682073397	2024-04-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2034,40	2197,15	2328,98	2328,98	B.33.	bezpłatny	0 zł
615	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	04052682073342	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	731,25	789,75	837,14	718,82	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
616	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 20 ml	04052682073366	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	1462,50	1579,50	1674,27	1437,64	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
617	Tocilizumabum	Tyenne, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	04052682073328	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	<1>2 lata/<2>1 rok 3 miesiące	1106.0, Tocilizumab	292,00	315,36	334,28	287,53	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
618	Tofacitinibum	Xeljanz, roztwór doustny, 1 mg/ml	240 ml	05415062388723	2024-10-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2503,00	2703,24	2865,43	2404,08	B.33.	bezpłatny	0 zł
619	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2024-10-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	5300,00	5724,00	6067,44	5609,52	B.55.	bezpłatny	0 zł
620	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1><2><4>2024-10-01/<3>2025-07-01	2 lata	1193.0, Tofacytynib	2450,00	2646,00	2804,76	2804,76	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.55.	bezpłatny	0 zł
621	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg	28+28 szt.	05038256002115	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolvaptan	2254,00	2434,32	2580,38	2580,38	B.126.	bezpłatny	0 zł
622	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg	28+28 szt.	05038256002122	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolvaptan	3381,00	3651,48	3870,57	3870,57	B.126.	bezpłatny	0 zł
623	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg	28+28 szt.	05038256002139	2023-11-01	2 lata	1232.0, Tolvaptan	4508,00	4868,64	5160,76	5160,76	B.126.	bezpłatny	0 zł
624	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Botox, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A	1 fiol.	05909990674817	<1><2>2025-07-01/<3>2024-10-01/<4>2022-09-01/<5>2024-07-01	<1><3><4>3 lata/<2><5>2 lata	1055.2, toksyny botulinowe - 2	559,00	603,72	639,94	639,94	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73.; <5>B.133.	bezpłatny	0 zł
625	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 j.	1 fiol.po 300 j.	05909991072094	<1><2>2025-01-01/<3>2023-11-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	598,21	646,07	684,83	684,83	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
626	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.	1 fiol.po 500 j.	05909990729227	<1><2>2025-01-01/<3>2023-11-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	997,02	1076,78	1141,39	1141,38	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
627	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Xeomin , proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 j.	1 fiol.po 100 j. (LD50)	05909990643950	<1>2025-07-01/<2>2024-10-01	3 lata	1055.1, toksyny botulinowe - 1	567,01	612,37	649,11	649,11	<1>B.28.; <2>B.57.	bezpłatny	0 zł
628	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-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
629	Tralokinumabum	Adtralza, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 mg	2 wstrzyk. 2 ml	03400930276136	2025-01-01	1 rok 6 miesięcy	1290.0, Tralokinumab	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	B.124.	bezpłatny	0 zł
630	Trametininibum	Mekinist, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991141813	2025-07-01	2 lata	1157.0, Trametynib	3976,21	4294,31	4551,96	4551,96	B.59.	bezpłatny	0 zł
631	Trametininibum	Mekinist, tabl. powł., 2 mg	30 szt.	05909991141851	2025-07-01	2 lata	1157.0, Trametynib	15904,84	17177,23	18207,86	18207,84	B.59.	bezpłatny	0 zł
632	Trastuzumab deruxtecán	Enhertu, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	04260161043629	2025-07-01	2 lata	1082.2, Trastuzumab derukstekan	7501,70	8101,84	8587,94	8587,94	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
633	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
634	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
635	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	9871,84	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
636	Tremelimumabum	Imjudo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 1,25 ml	05000456037105	2025-04-01	9 miesięcy	1324.0, Tremelimumab	7500,00	8100,00	8586,00	8586,00	B.6.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
637	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	20 ml	05909990046805	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	B.31.	bezpłatny	0 zł
638	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	20 ml	05909990046850	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	10500,00	11340,00	12020,40	12020,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
639	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	20 ml	05909990046867	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	21000,00	22680,00	24040,80	24040,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
640	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990046874	2024-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	42000,00	45360,00	47520,00	47520,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
641	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
642	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
643	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
644	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
645	Trientinum tetrahydrochloridum	Cuprior, tabl. powł., 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
646	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	<1>2025-01-01/<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
647	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	<1>2025-01-01/<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
648	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	<1>2025-01-01/<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
649	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	<1>2025-01-01/<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
650	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2025-01-01	3 lata	1070.0, analogi gonadoliberyny	248,90	268,81	284,94	284,94	B.18.	bezpłatny	0 zł
651	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powł., 150 mg	84 szt.	05415062124734	2025-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	17950,00	19386,00	20549,16	20549,16	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
652	Tucatinibum	Tukysa, tabl. powł., 50 mg	88 szt.	05415062124741	2025-07-01	2 lata	1279.0, Tukatynib	6268,00	6769,44	7175,61	7175,61	B.9.FM.	bezpłatny	0 zł
653	Tyldrakizumabum	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampulko-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
654	Ublituximabum	Briumvi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. 6 ml	08436027472384	2025-07-01	3 miesiące	1332.0, Ublituxymab	12400,00	13392,00	14195,52	14195,52	B.29.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
655	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedl. uwalnianiu, 15 mg	28 szt.	08054083020334	<1><5><6>2024-04-01/<2><3><4>2024-07-01/<7>2025-01-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	2846,48	3074,20	3258,65	3258,65	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.55.; <6>B.82.; <7>B.124.	bezpłatny	0 zł
656	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedl. uwalnianiu, 30 mg	28 szt.	08054083022994	<1><2>2024-04-01/<3>2025-01-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	5692,96	6148,40	6517,30	6517,30	<1>B.32.; <2>B.55.; <3>B.124.	bezpłatny	0 zł
657	Upadacitinibum	Rinvoq, tabl. o przedl. uwalnianiu, 45 mg	28 szt.	08054083024189	2024-04-01	2 lata	1244.0, Upadacytynib	9282,00	10024,56	10626,03	9775,95	<1>B.32.; <2>B.55.	bezpłatny	0 zł
658	Ustekinumabum	Imuldosa, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (26ml)	05055565796931	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	12820,15	13845,76	14676,51	14676,51	B.32.	bezpłatny	0 zł
659	Ustekinumabum	Imuldosa, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	05055565796917	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	4437,74	4792,76	5080,32	5080,32	B.47.	bezpłatny	0 zł
660	Ustekinumabum	Imuldosa, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	05055565796924	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,66	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
661	Ustekinumabum	Pyzchiva, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	08809593173106	2024-10-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	12820,17	13845,78	14676,53	14676,51	B.32.	bezpłatny	0 zł
662	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	08809593173120	2024-10-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	6921,86	7475,61	7924,14	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
663	Ustekinumabum	Pyzchiva, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	08809593173113	2024-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,49	9585,53	10160,66	10160,66	<1>B.32.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
664	Ustekinumabum	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05909991307066	2024-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	17093,56	18461,04	19568,70	14676,51	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
665	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	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł
666	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg	1 amp-strz.	05909997077512	2024-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	10160,66	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
667	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 90 mg	1 wstrz.	05413868122589	2024-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	11834,00	12780,72	13547,56	10160,66	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
668	Ustekinumabum	Steqeyma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05996537031066	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	10256,10	11076,59	11741,19	11741,19	B.32.	bezpłatny	0 zł
669	Ustekinumabum	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	05996537024075	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	3550,19	3834,21	4064,26	4064,26	B.47.	bezpłatny	0 zł
670	Ustekinumabum	Steqeyma, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	05996537023078	2025-07-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	7100,39	7668,42	8128,52	8128,52	B.32.; B.47.	bezpłatny	0 zł
671	Ustekinumabum	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 45 mg	1 amp-strz.	04011548045800	2024-10-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	6200,00	6696,00	7097,76	5080,33	B.47.	bezpłatny	0 zł

Ip.	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
672	Ustekinumabum	Uzpruvo, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp-strz.	04011548045817	2024-10-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1107.0, Ustekinumab	8875,50	9585,54	10160,67	10160,66	<1>B.32.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
673	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2025-01-01	3 lata	1202.0, Wandetanib	4507,50	4868,10	5160,19	4713,71	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
674	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powł., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2025-01-01	3 lata	1202.0, Wandetanib	12352,50	13340,70	14141,14	14141,14	B.108.FM	bezpłatny	0 zł
675	Vedolizumabum	Entyvio, roztwór do wstrzykiwań, 108 mg/0,68 ml	2 wstrzyk. po 0,68 ml	07038319122857	2025-04-01	2 lata	1176.0, Wedolizumab	2109,92	2278,71	2415,44	2415,44	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
676	Vedolizumabum	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. proszku	05909991138202	2025-04-01	2 lata	1176.0, Wedolizumab	4219,84	4557,43	4830,87	4830,87	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
677	Velaglucerasum alfa	Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol. proszku	05909990816774	2025-07-01	2 lata	1123.0, Welagluceraza alfa	4470,00	4827,60	5117,26	5117,26	B.23.	bezpłatny	0 zł
678	Vemurafenibum	Zelboraf, tabl. powł., 240 mg	56 szt.	05909990935581	2025-01-01	3 lata	1108.0, Wemurafenib	4695,75	5071,41	5375,70	5375,70	B.59.	bezpłatny	0 zł
679	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 10 mg	14 szt.	08054083013688	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	239,13	258,26	273,76	273,76	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
680	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	112 szt.	08054083013916	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	19130,40	20660,83	21900,48	21900,48	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
681	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	14 szt.	08054083013701	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	2391,30	2582,60	2737,56	2737,56	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
682	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	7 szt.	08054083013695	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	1195,65	1291,30	1368,78	1368,78	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
683	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 50 mg	7 szt.	08054083013718	<1>2024-01-01/<2>2024-10-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	597,83	645,66	684,40	684,40	<1>B.79.; <2>B.114.	bezpłatny	0 zł
684	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
685	Voretigene neparovec	Luxturna, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5 x 10 ¹² genomów wektora/ml	1 fiol. 0,5 ml koncentratu + 2 fiol. 1,7 ml rozpuszczalnika	07613421040529	2025-01-01	2 lata	1320.0, Woretygen neparwowek	1400156,73	1512169,27	1514329,27	1514329,27	B.167.	bezpłatny	0 zł
686	Vosoritidum	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,4 mg	10 fiol. proszku + 10 amp.-strzyk. 0,5 ml rozp. + 10 igieł + 10 strzyk.	05391524462890	2025-01-01	2 lata	1318.0, Vosorytyd	20117,98	21727,42	23031,06	23031,06	B.166.	bezpłatny	0 zł
687	Vosoritidum	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,56 mg	10 fiol. proszku + 10 amp.-strzyk. 0,7 ml rozp. + 10 igieł + 10 strzyk.	05391524462906	2025-01-01	2 lata	1318.0, Vosorytyd	20117,98	21727,42	23031,06	23031,06	B.166.	bezpłatny	0 zł
688	Vosoritidum	Voxzogo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1,2 mg	10 fiol. proszku + 10 amp.-strzyk. 0,6 ml rozp. + 10 igieł + 10 strzyk.	05391524462913	2025-01-01	2 lata	1318.0, Vosorytyd	20117,98	21727,42	23031,06	23031,06	B.166.	bezpłatny	0 zł
689	Vutrisiran	Amvuttra, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/0,5 ml	1 amp-strzyk po 0,5 ml	04150181110077	2025-04-01	2 lata	1323.0, Vutrisiran	281697,90	304233,73	306393,73	306393,73	B.170.	bezpłatny	0 zł
690	Zanubrutinibum	Brukinsa, kaps. twarde, 80 mg	120 szt.	08720598340112	<1>2025-01-01/<2>2024-01-01/<3>2025-07-01	2 lata	1166.2, Inhibitory kinazy tyrozynowej Brutona - zanubrutynib	21455,00	23171,40	24561,68	24561,68	<1>B.12.FM.; <2>B.79.; <3>B.146.	bezpłatny	0 zł

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy w wieku powyżej 3 lat, chorzy na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B, charakteryzujący się obecnością HBV DNA w surowicy oraz antygenu HBs przez czas dłuższy niż 6 miesięcy oraz spełniający poniższe kryteria: 1) poziom wirerii 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 wirerii 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 wirerii HBV DNA; 2) oznaczenie antygenu HBs; 3) oznaczenie antygenu HBe; 4) oznaczenie przeciwciał anti-HBe; 5) oznaczenie przeciwciał anti-HCV; 6) oznaczenie przeciwciał anti-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 niewyróbną 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 zakwalifikowane kobiety w trzecim trymestrze ciąży z wiremą 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 - tenofovir. 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) tenofovir: 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 wirerii HBV DNA, b) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową; 5) w 24, 48 tygodniu: a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anti-HBe, d) poziom wirerii 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 wirerii HBV DNA o co najmniej 1 log₁₀; 2) wystąpienia objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą; 3) choroby lub stany wymienione w pkt. 2.2. ujawnione w trakcie leczenia interferonem. 2.4. W przypadkach nieskuteczności interferonu należy stosować entekawir lub tenofowir. 2.5. Lamiwudyna może być stosowana tylko w przypadku niemożności zastosowania entekawiru lub tenofowiru. 2.6. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia konieczne jest obniżenie początkowych wartości wirerii HBV DNA co najmniej o 1 log₁₀.		7) w 48 tygodniu: a) proteinogram, b) czas lub wskaźnik protrombinowy, c) oznaczenie poziomu AFP, d) USG jamy brzusznej. 3. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub 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 wirerii HBV DNA; 4) w 24 i następnie co 24 tygodnie: a) oznaczenie antygenu HBsAg, b) oznaczenie antygenu HBeAg, c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe, d) poziom wirerii HBV DNA, e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu; 5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni: a) czas lub wskaźnik protrombinowy,
--	--	---

2.7. W uzasadnionych przypadkach leczenie określonym analogiem nukleozydowym lub 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 wirerii HBV DNA. W wypadku niewykrywalnego HBV DNA leczenie należy kontynuować do osiągnięcia punktu końcowego leczenia. W innym wypadku należy rozważyć zmianę leku po uzyskaniu wyniku wirogramu i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia, stosując monoterapię jednym z leków opisanym w programie. 2.9. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wirerii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem. 3. Określenie czasu leczenia w programie 3.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu: 1) serokonwersji w układzie "s" lub 2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 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.
--	--	--

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) <i>aflibercept</i>; 2) <i>triflurydyna z typiracylem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem</i>. II. w zakresie immunoterapii: 1) <i>pembrolizumab</i>; 2) <i>niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>. W leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego stosowane są: 1) <i>pembrolizumab</i> w monoterapii w pierwszej linii leczenia systemowego pacjentów z potwierdzoną niestabilnością mikrosatelitarną wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeniami mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR). Pembrolizumab nie może być zastosowany jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG. 2) <i>aflibercept</i> w skojarzeniu z chemioterapią według schematu <i>FOLFIRI</i> w drugiej linii chemioterapii po udokumentowanej nieskuteczności zastosowanej w zaawansowanym stadium chemioterapii pierwszej linii z udziałem <i>fluoropirymidyny</i> i	1. Dawkowanie 1.1. pembrolizumab Zalecana dawka <i>pembrolizumabu</i> wynosi 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni. Jeżeli przerwano stosowanie <i>pembrolizumabu</i> np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni. 1.2. aflibercept Zalecana dawka <i>afliberceptu</i> wynosi 4 mg/kg masy ciała podawana wyłącznie w skojarzeniu z chemioterapią według schematu <i>FOLFIRI</i> – jeden cykl leczenia. Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie. Jeżeli przerwano stosowanie <i>afliberceptu</i> np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.	1. Badania przy kwalifikacji 1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego; 2) ocena i potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR) - dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT) oraz INR lub czasu protrombinowego (PT) – dla <i>afliberceptu</i> i <i>triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>; 9) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>; 10) elektrokardiogram (EKG); 11) pomiar ciśnienia tętniczego – dla <i>afliberceptu</i> i <i>triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>;

<i>oksalipłaty</i>. Dopuszczalne jest zastosowanie immunoterapii z powodu RJG przed albo po chemioterapii pierwszej linii. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej <i>irynotekanem</i> lub <i>afliberceptem</i>. 3) 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 <i>fluoropirymidynę</i> w skojarzeniu z <i>oksalipłatyną</i> lub <i>irynotekanem</i>. <i>Niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> nie mogą być zastosowane jeśli pacjent wcześniej otrzymał immunoterapię z powodu RJG. 4) triflurydyna z typiracylem w drugiej albo kolejnych liniach chemioterapii po udokumentowanej nieskuteczności wcześniejszej chemioterapii opartej na <i>fluoropirymidynie</i>, <i>oksalipłatinie</i> i <i>irynotekanie</i>, lekach anty-VEGF lub anty-EGFR lub w przypadku udokumentowanego klinicznie braku możliwości zastosowania wymienionych metod. Dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu RJG. Do terapii nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni wcześniej <i>triflurydną</i> z <i>typiracylem</i> z powodu RJG. <i>Triflurydyna z typiracylem</i> może być zastosowana w monoterapii albo w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>. 1. Kryteria kwalifikacji do leczenia zaawansowanego raka jelita grubego Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych (jeśli dotyczy).	1.3. niwolumab w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> 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 <i>niwolumabu</i> należy podać 3 tygodnie po ostatniej dawce <i>niwolumabu</i> stosowanego w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>. Jeżeli przerwano stosowanie <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> lub <i>niwolumabu</i> w monoterapii w fazie podtrzymującej np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 12 tygodni. 1.4. triflurydyna z typiracylem Zalecana dawka początkowa triflurydyny z typiracylem to 35 mg/m² powierzchni ciała podawana dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu leczenia. Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z ChPL.	12) badanie ogólne moczu – dla <i>afliberceptu i triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>; 13) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 14) badanie TK jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej; inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej; 15) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej (u chorych, u których możliwa jest na tej podstawie ocena odpowiedzi wg RECIST); 16) badanie TK lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych, w celu wykluczenia przerzutów; 17) 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 poziomu TSH i fT4 – dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>; 7) elektrokardiogram (EKG) – dla <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>; 8) pomiar ciśnienia tętniczego – dla <i>afliberceptu i triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>; 9) badanie ogólne moczu – dla <i>afliberceptu i triflurydyny z typiracylem</i> stosowanych w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>.
---	---	---

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; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 11) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 12) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego	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 <i>triflurydyny</i> z <i>typiracylem</i> np. z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas opóźnienia podania kolejnego cyklu nie może być dłuższy niż 8 tygodni. Gdy <i>triflurydyna</i> z <i>typiracylem</i> jest stosowana w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>, dawka <i>bewacyzumabu</i> wynosi 5 mg/kg mc., podawana raz na 2 tygodnie (dzień 1. i 15. cyklu powtarzanego w rytmie 28 dni). 2. Modyfikacje dawkowania Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	W przypadku leczenia: 1) <i>pembrolizumabem</i> oraz <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i> powyższe badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6-12 tygodni; 2) <i>afliberceptem</i> powyższe badania w ppkt 1), 3) wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia. Pozostałe badania wykonuje się przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia; 3) <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i> w monoterapii lub w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> 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 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 <i>afliberceptu</i>, <i>pembrolizumabu</i>, <i>niwolumabu</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>, <i>triflurydyny</i> z <i>typiracylem</i> w monoterapii lub w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>, nie rzadziej
--	--	--

sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. pembrolizumabem, niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem 1) potwierdzenie niestabilności mikrosatelitarnej wysokiego stopnia (ang. MSI-H) lub zaburzeń mechanizmów naprawy uszkodzeń DNA o typie niedopasowania (ang. dMMR); 2) brak leczenia glikokortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca; 3) nieobecność aktywnej choroby autoimmunologicznej wymagającej aktywnego leczenia immunosupresyjnego. 2. Określenie czasu leczenia Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia oceniona na podstawie aktualnych kryteriów klasyfikacji RECIST. W przypadku terapii <i>pembrolizumabem</i> albo <i>niwolumabem</i> z <i>ipilimumabem</i>, w sytuacji wątpliwej klinicznie możliwe jest kontynuowanie leczenia aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tyg.; 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		niż co 12 tygodni z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunąć w realizowaniu leczenia. Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii badania monitorujące skuteczność leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych oraz w chwili wyłączenia z programu z przyczyn innych niż udokumentowana progresja choroby. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 1) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej
---	--	--

3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) obniżenie sprawności o 1 lub 2 stopnie w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 według kryteriów ECOG; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
--	--	---

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10: C22.0)		
W programie finansuje się dwie linie leczenia raka wątrobowokomórkowego (HCC) substancjami: 1) <i>atezolizumab</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>, 2) <i>kabozantynib</i>. W pierwszej linii leczenia dostępna jest jedna terapia: 1) leczenie <i>atezolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i> pacjentów, u których niestosowano w przeszłości leczenia systemowego z powodu raka wątrobowokomórkowego. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia: 1) leczenie <i>kabozantynibem</i> (po uprzednim nieskutecznym leczeniu inhibitorami kinaz tyrozynowych lub immunoterapią w skojarzeniu z leczeniem antyangiogennym lub jego nietolerancją pod warunkiem ustąpienia istotnych klinicznie działań niepożądanych stosowanej wcześniej terapii). Leczenie raka wątrobowokomórkowego w programie obejmuje:	1. Dawkowanie 1.1. kabozantynib Dobowa dawka <i>kabozantynibu</i>: 60 mg (codziennie). Każdy cykl obejmuje 28 dni leczenia. 1.2. atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem Dawka <i>atezolizumabu</i>: 1 200 mg. Dawka <i>bewacyzumabu</i>: 15 mg/kg masy ciała podawanego dożylnie. Leki stosowane są pierwszego dnia cyklu trwającego 3 tygodnie. W przypadku, kiedy podawanie jednego z leków musi zostać zakończone z powodu objawów niepożądanych, można kontynuować leczenie drugim z leków w monoterapii.	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 <i>atezolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>; 6) oznaczenie fT4 i TSH - dotyczy terapii <i>atezolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>; 7) gastroskopia (u pacjentów z marskością wątroby) - ocena pod kątem występowania żylaków przełyku, jeżeli badanie nie było

1) leczenie raka wątrobowokomórkowego inhibitorami kinaz tyrozynowych (kabozantynibem) albo 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 odstępianie od rozpoznania histologicznego lub cytologicznego pod warunkiem uzyskania typowego obrazu dla HCC w wielofazowej tomografii komputerowej (TK) lub rezonansie magnetycznym z kontrastem (MRI), ze wzmocnieniem w fazie tętniczej (zmiana hiperdensyjna) oraz wypłukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żylniej wrotnej lub opóźnionej (zmiana hipodensyjna); 3) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub terapii lokoregionalnych lub ich nieskuteczność; 4) stan sprawności 0-1 według ECOG; 5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh; 6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do oceny, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne	2. Modyfikacja dawkowania 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: a) 8 tygodni w przypadku leczenia kabozantynibem, b) 6 tygodni w przypadku leczenia atezolizumabem w skojarzeniu z bewacyzumabem. 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.	wykonane w okresie 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia w programie lekowym – dotyczy terapii <i>atezolizumabem</i> w skojarzeniu z <i>bewacyzumabem</i>; 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 bezpieczeństwa leczenia 2.1. kabozantynib 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,
---	--	--

Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka wątrobowokomórkowego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków; 10) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 11) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3) wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE;		c) EKG, d) inne badania – w razie wskazań klinicznych; 3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych: a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego, c) EKG. 2.2. atezolizumabe w skojarzeniu z bewacyzumabem 1) co 3 tygodnie lub w chwili rozpoczęcia kolejnego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie AspAT, AlAT, bilirubiny całkowitej, c) oznaczenie glukozy, d) pomiar ciśnienia tętniczego, e) inne badania- w razie wskazań klinicznych; 2) nie rzadziej niż co 9 tygodni lub przed rozpoczęciem co czwartego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane; w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań co 12 tygodni: a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy, b) oznaczenie fT4 i TSH, c) inne badania – w razie wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa lub
---	--	--

4) wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według aktualnych kryteriów klasyfikacji CTC-AE (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2.); 5) długotrwałe pogorszenie sprawności ogólnej do stopnia 2-4 według kryteriów ECOG; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą 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 lub jego prawnych opiekunów.		rezonans odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – czas całkowitego przeżycia (OS) i czas przeżycia wolnego od progresji (PFS). 3.1. kabozantynib Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane. 3.2. atezolizumab w skojarzeniu z bewacyzumabem Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 9 tygodni lub przed rozpoczęciem co czwartego 21-dniowego kursu, jeżeli leczenie było czasowo przerwane, a w przypadku uzyskania w 2 kolejnych ocenach co najmniej stabilizacji choroby dopuszcza się wykonywanie badań co 12 tygodni. 4. Monitorowanie programu
--	--	--

		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
LECZENIE PACJENTÓW CHORYCH NA RAKA DRÓG ŻÓŁCIOWYCH (ICD-10: C22.1, C23, C24.0, C24.1, C24.8, C24.9)		
W programie finansuje się leczenie dorosłych pacjentów z zaawansowanym rakiem dróg żółciowych substancją: 1) <i>durwalumab</i>. Leczenie zaawansowanego raka dróg żółciowych obejmuje: 1) leczenie <i>durwalumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą <i>gemcytabinę</i> i <i>cisplatynę</i> dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem dróg żółciowych. Do leczenia <i>durwalumabem</i> kwalifikowani są pacjenci niepoddani wcześniej leczeniu systemowemu z powodu zaawansowanego raka dróg żółciowych. Do leczenia <i>durwalumabem</i> kwalifikowani są również pacjenci, u których	1. Dawkowanie Zalecana dawka początkowa <i>durwalumabu</i> wynosi 1 500 mg podawana w 1. dniu cyklu w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i> w dawce 1 000 mg/m² powierzchni ciała (p.c.) i <i>cisplatyną</i> w dawce 25 mg/ m² p.c. podawanymi w 1. i 8. dniu cyklu. Cykle leczenia podawane są co 21 dni (3 tygodnie). Należy podać 8, tj. maksymalną liczbę 21-dniowych cykli chemioterapii <i>cisplatyną</i> i <i>gemcytabiną</i>. Wcześniejsze zakończenie chemioterapii może mieć miejsce po wystąpieniu nieakceptowalnej toksyczności.	1. Badania przy kwalifikacji 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie gruczolakoraka dróg żółciowych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) badanie ogólne moczu; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 9) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny klatki piersiowej, jamy brzusznej (RTG klatki piersiowej tylko

doszło do nawrotu choroby po uprzednim leczeniu chirurgicznym z intencją radykalną (niezależnie od zastosowania chemioterapii uzupełniającej). 1. Kryteria kwalifikacji 1) histologicznie lub cytologicznie potwierdzony miejscowo zaawansowany lub przerzutowy gruczolakorak dróg żółciowych; 2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 3) wiek 18 lat i powyżej; 4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 6) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 8) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 9) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne kwalifikowanie chorych po wcześniejszym radykalnym wycięciu przerzutów lub przeprowadzeniu radioterapii stereotaktycznej z nieobecnością zmian w badaniach obrazowych i stanem bezobjawowym);	Zalecana dawka <i>durwalumabu</i> stosowanego w monoterapii po zakończeniu podawania chemioterapii wynosi 1 500 mg co 4 tygodnie. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie dawki zgodnie z aktualną ChPL odpowiedniego leku.	wtedy, gdy możliwe jest monitorowanie w taki sposób zmian w płucach zgodnie z RECIST), inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych; 10) elektrokardiografia (EKG); 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. <i>durwalumab</i> w skojarzeniu z <i>gemcytabiną</i> i <i>cisplatyną</i> 1) przed każdym podaniem <i>gemcytabiny</i> i <i>cisplatyny</i>: a) morfologia krwi z rozmazem; b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy; c) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy; d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 2) co 12 tygodni: f) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; g) elektrokardiografia (EKG); 3) inne badania w razie wskazań klinicznych. 2.2. <i>durwalumab</i> w monoterapii badania od a) do g) wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni oraz inne badania w razie wskazań klinicznych. Ponadto, badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.
---	---	---

10) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni <i>durwalumabem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 2) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;		3. Monitorowanie skuteczności leczenia W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa lub rezonans odpowiednich obszarów ciała lub inne badania w razie wskazań klinicznych. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 3 miesiące. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: – całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD), – czas całkowitego przeżycia (OS) i czas przeżycia wolnego od progresji (PFS). 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3, dostępnym za pomocą aplikacji
---	--	--

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.		internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia).
---	--	---

LECZENIE CHORYCH NA 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 <i>EGFR</i> do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem afatynibu albo ozymertynibu (ozymertynib stosowany w monoterapii lub skojarzeniu z chemioterapią według schematu zawierającego pochodną platyny i pemetreksed) 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified</i> – NOS) – wyłącznie w przypadku monoterapii afatynibem albo ozymertynibem; 2) obecność mutacji aktywującej w genie <i>EGFR</i> (receptor naskórkowego czynnika wzrostu) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 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	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 kwalifikacji chorych; 2) potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów <i>EGFR</i>, lub <i>ALK</i> lub <i>ROS1</i> lub <i>KRAS</i>) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PD-L1) zgodnie z kryteriami kwalifikacji chorych (u wszystkich pacjentów w przypadku stosowania immunoterapii przed, po oraz przed i po radykalnej resekcji chirurgicznej u chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenia stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

aktualnie obowiązującego systemu RECIST (ang. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) 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 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG w przypadku zastosowania monoterapii afatynibem lub ozymertynibem; 8) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG w przypadku zastosowania ozymertynibu w skojarzeniu z chemioterapią według schematu zawierającego pochodną platyny i pemetreksed; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 11) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu albo ozymertynibu albo chemioterapii opartej o pochodne platyny i pemetreksedu określonych w ChPL; 13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.2. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej, trzeciej i kolejnych linii z wykorzystaniem ozymertynibu po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia afatynibem, dakomityni be m, erlotynibem, gefitynibem i potwierdzoną obecnością mutacji T790M w genie <i>EGFR</i>		8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 9) oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD-1 lub PD-L1; 10) lipidogram w przypadku stosowania lorlatynibu; 11) elektrokardiografia (EKG); 12) badanie pozytonowej tomografii emisyjnej (w przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu albo okołooperacyjnego leczenia pembrolizumabem); 13) badanie MR lub TK ośrodkowego układu nerwowego (w przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu albo okołooperacyjnego leczenia pembrolizumabem albo w przypadku leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym alektynibem); 14) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza; 15) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. Badania obrazowe z punktów nr 12 i 13 – powinny być wykonane przed zakwalifikowaniem pacjenta do leczenia chirurgicznego. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenia stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
---	--	---

1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne: a) raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkomórkowego, c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. <i>not otherwise specified</i> – NOS); 2) obecność mutacji T790M w genie <i>EGFR</i> 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. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) 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;		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 aлектynibu 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. W przypadku leczenia skojarzonego ozymertynibem z chemioterapią: – pkt 1-6 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej) w odstępach 3-tygodniowych, – pkt 1-6 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie ozymertynibem co 3 miesiące. 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
--	--	--

12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji 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 <i>EGFR</i> 1) rozpoznanie pooperacyjne gruczolowego raka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą komponenty gruczolakoraka; 2) obecność mutacji aktywującej w genie <i>EGFR</i> 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 umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 8) czynność nerek i wątroby umożliwiającą 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;		tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące. W przypadku przedoperacyjnego leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu wymienione badania powinny być wykonane przed każdym podaniem niwolumabu. W przypadku leczenia konsolidującego durwalumabem badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące (wyjątek – badania czynnościowe tarczycy i badanie EKG wykonywane co 12 tygodni). W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem i dwoma cyklami chemioterapii lub cemiplimabem w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny albo durwalumabem w skojarzeniu z tremelimumabem i chemioterapią: – pkt 1-7 przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej), – pkt 1-7 w trakcie leczenia podtrzymującego wyłącznie pembrolizumabem lub durwalumabem 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
---	--	---

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.4. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnej resekcji z rearanżacją w genie ALK z zastosowaniem alektynibu 1) rozpoznanie pooperacyjne gruczołowego raka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą komponenty gruczolakoraka; 2) zaawansowanie patomorfologiczne od IB (guzy ≥ 4 cm) do IIIA wg 7. edycji klasyfikacji TNM; 3) wcześniejsze radykalne leczenie chirurgiczne (cecha R0) w okresie do 12 tygodni przed rozpoczęciem leczenia alektynibem; 4) brak wcześniejszego leczenia chemioterapią lub radioterapią; 5) obecność rearanżacji w genie ALK na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania alektynibu określonych w ChPL; 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		albo durwalumabem – badania z pkt 1-8 co 4-8 tygodni przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące. W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia skojarzonego z docetakselem, natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tygodni. Każde z badań diagnostycznych może zostać wykonane dodatkowo w dowolnym momencie leczenia w zależności od wskazań klinicznych. W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, jeżeli są wymagane. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza; 2) inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian w zależności od miejsca oceny zmian przerzutowych i w zależności od sytuacji klinicznej. Badania wykonywane są co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi). W przypadku leczenia okołoperacyjnego pembrolizumabem badania wykonywane są w tygodniu 7 i w tygodniu 13 neoadjuwantowej fazy leczenia oraz w ciągu 4 tygodni przed rozpoczęciem adjuwantowej fazy leczenia. Po rozpoczęciu
--	--	---

1.5. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnej resekcji i pooperacyjnej chemioterapii z ekspresją PD-L1 na komórkach guza z zastosowaniem atezolizumabu 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) zaawansowanie pooperacyjne wg 8. wersji klasyfikacji TNM: a) IIA i IIB oraz IIIA, b) pT3pN2; 3) wcześniejsza radykalna (cecha R0) resekcja guza płuca i limfadenektomia węzłów chłonnych śródpiersia; 4) przebyta chemioterapia uzupełniająca oparta na pochodnych platyny, zgodnie z wytycznymi postępowania, w okresie do 8 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia; 5) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 $\geq 50\%$ w materiale pooperacyjnym potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu 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 umożliwiającą leczenie zgodnie z ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;	adjuwantowej fazy leczenia, ocenę stopnia zaawansowania nowotworu przeprowadza się co 6 miesięcy lub częściej w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. W przypadku uzupełniającego leczenia pooperacyjnego pembrolizumabem, atezolizumabem lub ozymertynibem ocenę stopnia zaawansowania nowotworu przeprowadza się co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia wskazań klinicznych. W przypadku leczenia atezolizumabem albo durwalumabem w drobnokomórkowym raku płuca – co 2 cykle w trakcie immunochemioterapii, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi). W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia – w trakcie leczenia z docetakselem, następnie co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi). W przypadku alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym wykonuje się badanie MR ośrodkowego układu nerwowego co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi). Oceny skuteczności leczenia (odnosi się do stosowania leczenia w stadium zaawansowanym) dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST.
--	--

13) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 14) nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu określonych w ChPL; 15) wykluczenie jednoczesnego stosowania leków ukierunkowanych molekularnie; 16) ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata owłosienia); 17) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.6. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca po radykalnym leczeniu chirurgicznym do leczenia uzupełniającego z wykorzystaniem pembrolizumabu w monoterapii 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) zaawansowanie patomorfologiczne w stopniu: IB (guzy T2a o średnicy 4 cm) lub II lub IIIA lub IIIB [(T3-4 (guzy o średnicy >7cm), N2 wg 8. wersji klasyfikacji TNM); 3) wcześniejsza radykalna (cecha R0) resekcja guza płuca i limfadenektomia węzłów chłonnych śródpiersia; 4) przebyta chemioterapia uzupełniająca oparta na pochodnych platyny, zgodnie z wytycznymi postępowania; 5) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 <50% w materiale pooperacyjnym potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 6) nieobecność mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy,		Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), 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.
--	--	---

potwierdzona na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 7) wykluczenie wcześniejszego leczenia wstępnego (neoadjuwantowego); 8) wiek powyżej 18 roku życia; 9) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 10) czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 13) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych, z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 14) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu określonych w ChPL; 15) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.7. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca, kwalifikujących się do radykalnej resekcji chirurgicznej, do leczenia wstępnego z zastosowaniem niwolumabu w skojarzeniu z chemioterapią 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) stopień zaawansowania klinicznego: II - IIIA + IIIB (tylko dla T2-T4 N2, pod warunkiem możliwości wykonania doszczętnej resekcji); 3) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 na komórkach nowotworowych $\geq 1\%$ potwierdzony na podstawie zwalidowanego testu		
--	--	--

wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 4) nieobecność mutacji aktywujących w genie EGFR oraz rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy potwierdzona na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 7) nieobecność czynników klinicznych uniemożliwiających przeprowadzenie resekcji chirurgicznej; 8) wydolność układu oddechowego umożliwiającą kwalifikację do resekcji chirurgicznej; 9) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 10) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych stanowiących przeciwwskazanie do immunoterapii lub chemioterapii; 11) czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu określonych w ChPL; 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie. 1.8. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia okołoperacyjnego z zastosowaniem pembrolizumabu w skojarzeniu z neoadjuwantową chemioterapią opartą na związkach platyny przed		
---	--	--

zabiegiem chirurgicznym, a następnie pembrolizumabu w monoterapii po zabiegu chirurgicznym:

- 1) rozpoznanie histologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy);
- 2) nieobecność mutacji w genie EGFR i rearanżacji w genach ALK i ROS1 w przypadku raków innych niż płaskonabłonkowy, potwierdzona na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu;
- 3) przedoperacyjny stopień zaawansowania klinicznego: II, IIIA lub IIIB (N2) wg 8. wersji klasyfikacji TNM, pod warunkiem potwierdzenia możliwości doszczętnego leczenia chirurgicznego;
- 4) chorzy wcześniej nieleczeni systemowo i nie poddawani radioterapii niedrobnokomórkowego raka płuca;
- 5) stwierdzenie możliwości przeprowadzenia doszczętnego leczenia chirurgicznego niedrobnokomórkowego raka płuca przez chirurga klatki piersiowej;
- 6) wiek powyżej 18 roku życia;
- 7) stopień sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z ChPL;
- 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 10) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących;
- 11) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych, z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;
- 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii określonych w ChPL;

13) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

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

<i>criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 4) stopień zaawansowania klinicznego IV (stadium uogólnienia) lub III z brakiem możliwości przeprowadzenia leczenia radykalnego (radiochemioterapia, radioterapia, chirurgia); 5) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 6) wiek powyżej 18 roku życia; 7) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 8) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 9) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotynibu albo alektynibu albo brygatynibu albo lorlatynibu albo entrektynibu określonych w ChPL; 12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.10. Chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (dotyczy wyłącznie chorych, u których nie była wcześniej stosowana immunoterapia lub immunochemioterapia) z wykorzystaniem substancji czynnej pembrolizumab albo atezolizumab albo cemiplimab albo cemiplimab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny albo niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem albo durwalumab w skojarzeniu z tremelimumabem:		
---	--	--

– rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 $\geq 50\%$ – pembrolizumab albo atezolizumabem albo cemiplimab w monoterapii, – rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 $< 50\%$ – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetrekselem i pochodną platyny, – rak płaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 $< 50\%$ – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną, – rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 $< 50\%$ – niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem i chemioterapią (2 cykle) opartą o pochodne platyny, – rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 $\geq 1\%$ - cemiplimab w skojarzeniu z pemetrekselem i pochodną platyny lub paklitakselem i pochodną platyny, – rak płaskonabłonkowy lub NOS z ekspresją PD-L1 $< 50\%$ - durwalumab z tremelimumabem w skojarzeniu z gemcytabiną i pochodną platyny, – rak niepłaskonabłonkowy z ekspresją PD-L1 $< 50\%$ durwalumab z tremelimumabem w skojarzeniu z pemetrekselem i pochodną platyny; 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca; 2) ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych na podstawie zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat programu kontroli jakości dla danego testu: a) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo atezolizumabu albo cemiplimabu w monoterapii, b) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% – kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu albo		
--	--	--

niwolumabu i ipilimumabu albo durwalumabu i tremelimumabu w skojarzeniu z chemioterapią; c) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 1% lub większy – kryterium kwalifikacji do stosowania cemiplimabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na związkach platyny; 3) wykluczenie obecności mutacji w genie <i>EGFR</i> oraz rearanżacji genów <i>ALK</i> i <i>ROS1</i> w przypadku raka gruczołowego, wielkomórkowego 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. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) 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 umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 13) nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, atezolizumabu, cemiplimabu, niwolumabu i ipilimumabu, durwalumabu i tremelimumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich ChPL;
- 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.11. 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, wielkomórkowego 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 umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL;
- 11) czynność nerek i wątroby umożliwiającą 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 kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

1.12. 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*

<i>criteria in solid tumours</i>) 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 umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 11) czynność nerek i wątroby umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 12) nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu i docetakselu określonych w ChPL; 13) wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych; 14) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.13. 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 wielkomórkowego; 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 umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) czynność nerek i wątroby umożliwiającą 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 kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.14. Chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego durwalumabem 1) rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (wszystkie typy); 2) zaawansowanie kliniczne w stopniu III – chorzy po radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny; 3) brak progresji choroby po radiochemioterapii jednoczasowej – stan potwierdzony w badaniu tomografii komputerowej (TK wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu radioterapii); 4) stan sprawności 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 5) wiek powyżej 18 roku życia; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w ChPL; 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		
--	--	--

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

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

11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.16. Chorych na międzybłoniaka płucnej do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani leczeniu systemowemu) z zastosowaniem niwolumabu i ipilimumabu 1) rozpoznanie międzybłoniaka płucnej 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. <i>response evaluation criteria in solid tumours</i>) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych; 3) nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia); 4) wiek powyżej 18 roku życia; 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG; 6) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym leczeniem farmakologicznym chorób współwystępujących; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy i bielactwa; 8) czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 9) czynność nerek i wątroby umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną ChPL; 10) nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu i ipilimumabu określonych w ChPL;		
---	--	--

11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

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

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

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

leczenia. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających zastosowanie chemioterapii możliwa jest kontynuacja leczenia w monoterapii ozymertynibem pod warunkiem utrzymywania się obiektywnej korzyści klinicznej. 3) stosowanie ozymertynibu w ramach leczenia uzupełniającego po leczeniu chirurgicznym jest prowadzone do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia lub maksymalnie przez 36 miesięcy. Podczas stosowania ozymertynibu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z ChPL; 4) stosowanie alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym (cecha R0) jest prowadzone do stwierdzenia nawrotu choroby lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia lub maksymalnie przez 24 miesiące. 5) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia jednej do trzech – nowych – zmian poza ośrodkowym układem nerwowym (OUN) u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1, KRAS dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu miejscowego leczenia ablacyjnego (najczęściej radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia) – nie dotyczy stosowania alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym; 6) w przypadku pojawienia się w trakcie leczenia nowych zmian w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR, ALK i ROS1, KRAS dopuszcza się kontynuowanie leczenia po zastosowaniu leczenia miejscowego ablacyjnego (radioterapia, radioterapia stereotaktyczna wysokodawkowa lub chirurgia) – nie dotyczy stosowania alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym;		
--	--	--

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

- a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku,
- b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, (w przypadku alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym wykonuje się badanie MR ośrodkowego układu nerwowego co 6 miesięcy), a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi);

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

- a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza,
- b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET).

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

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

- 1) stosowanie inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych (pembrolizumab, niwolumab, niwolumab z ipilimumabem, cemiplimab, atezolizumab) 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;

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

uzupełniającego leczenia pooperacyjnego, niwolumabu stosowanego przedoperacyjnie oraz pembrolizumabu w leczeniu okołooperacyjnym wczesnego raka płuca; 8) w czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej): a) przed leczeniem – do 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku, b) w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi); 9) badania obrazowe obejmują ocenę według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza, b) zmian przerzutowych – badanie TK lub inne badania obrazowe (np. magnetyczny rezonans – MR, pozytonowa tomografia emisyjna – PET); 10) w przypadku leczenia atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania atezolizumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia); 2.3. Inhibitor PD-L1 (durwalumab, durwalumab w skojarzeniu z tremelimumabem) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami oraz kryteriami wyłączenia z programu. 1) stosowanie durwalumabu w leczeniu konsolidującym (pkt 1.14) 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 niedrobnokomórkowego raka płuca (pkt. 1.10) oraz drobnokomórkowego raka płuca (pkt 1.15) 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 niedrobnokomórkowego raka płuca: – przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii, – w czasie leczenia – co 3 miesiące przez pierwsze 2 lata leczenia, a następnie co 6 miesięcy (dotyczy chorych z utrzymującymi się korzyściami klinicznymi); c) 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, chorych leczonych na drobnokomórkowego raka płuca z udziałem atezolizumabu albo durwalumabu oraz nie dotyczy chorych w ramach przedoperacyjnego leczenia wstępnego przed resekcją z zastosowaniem niwolumabu, jak również nie dotyczy chorych w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego z zastosowaniem atezolizumabu albo pembrolizumabu oraz chorych po radykalnym leczeniu chirurgicznym alektynibem oraz nie dotyczy chorych w leczeniu okołoperacyjnym wczesnego raka płuca pembrolizumabem;
- 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym;

3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według oceny lekarza prowadzącego; 4) wystąpienie toksyczności leczenia wymagającej zakończenia leczenia zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL; 5) wystąpienie istotnej klinicznie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą; 6) obniżenie stanu sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów Zubrod-WHO lub ECOG; 7) przerwanie stosowania inhibitorów EGFR, ALK, ROS1, KRAS dłuższe niż 8 tygodni albo inhibitorów immunologicznych punktów kontrolnych dłuższe niż 12 tygodni wskutek wystąpienia niepożądanych działań leczenia; 8) pogorszenie jakości życia chorego o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 9) wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego); 10) upływanie 12 miesięcznego okresu leczenia – dotyczy stosowania durwalumabu do leczenia konsolidującego albo atezolizumabu po całkowitej resekcji. 11) upływanie 24 miesięcznego okresu leczenia – dotyczy stosowania alektynibu w ramach leczenia uzupełniającego po radykalnym leczeniu chirurgicznym.		
--	--	--

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) 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 inhibitorami kinaz tyrozynowych. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek powyżej 18. roku życia; 2) 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,	1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich inhibitorami kinaz tyrozynowych (pazopanibem) Zalecana dawka pazopani bu wynosi 800 mg dziennie. Każdy cykl obejmuje 28 dni leczenia. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionej powyżej dawki zgodnie z aktualną ChPL.	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; 9) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 11) TK lub MR wybranej partii ciała pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia; 12) 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); 13) elektrokardiogram (EKG);

c) chrzestniakomięsak, d) mięsak kościopochodny, e) mięsak Ewinga/PNET, f) GIST, g) włóknakiomięsak guzowaty skóry, h) zapalny guz miofibroblastyczny (ang. inflammatory myofibroblastic sarcoma), i) międzybłoniak, j) mieszaný guz mezodermalny trzonu macicy (ang. mixed mesodermal tumor of the uterus); 3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 4) stan sprawności 0-2 według kryteriów ECOG; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie aktualne ChPL; 7) 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; 8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem;		14) 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: Nie rzadziej niż co 28 dni lub przed wznowieniem leczenia (jeśli było czasowo przerwane) i zawsze w przypadku wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 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
---	--	---

9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z zapisami aktualnych ChPL; 10) 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. 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.		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

--	--	--

LECZENIE 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 zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi substancjami: 1) trastuzumab; 2) pertuzumab; 3) trastuzumab emtanzyna; 4) tukatynib; 5) 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 zaawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania), stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.1.1.-2.1.6.:	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, i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej),

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 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 leczenie przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) raka piersi z niską ekspresją HER2 (IHC 1+ lub IHC 2+/ISH-) niezależnie od statusu receptorów hormonalnych substancją: 1) trastuzumab derukstekan u chorych, którzy otrzymali wcześniej leczenie systemowe w przerzutowym raku piersi (przynajmniej jedna linia leczenia) lub u których doszło do nawrotu choroby w okresie otrzymywania chemioterapii adjuwantowej lub w ciągu 6 miesięcy od jej zakończenia, a	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.	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; 2) badania wykonywane co 3 miesiące:
---	--	--

w hormonozależnym raku piersi tylko, gdy w leczeniu przerzutowego raka piersi była stosowana hormonoterapia z lub bez inhibitorów CDK4/6 (o ile nie ma przeciwwskazań do takiego schematu leczenia). W programie finansuje się leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) abemacyklibem w skojarzeniu z hormonoterapią HR+, HER2-ujemnego raka piersi z wysokim ryzykiem nawrotu określonym klinicznie lub patomorfologicznie zgodnie z pkt 5) kryteriów włączenia. 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; 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.:	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	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 HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi 1.2.1. 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,
---	---	---

1) inhibitory CDK4/6 (abemacyklil albo palbocyklil albo rybocyklil) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy w pierwszej lub drugiej linii leczenia; 2) inhibitory CDK4/6 (abemacyklil albo rybocyklil) w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej linii leczenia oraz (abemacyklil albo palbocyklil albo rybocyklil) w drugiej linii leczenia; 3) alpelisyb w skojarzeniu z fulwestrantem w pierwszej lub drugiej linii leczenia - po progresji lub nawrocie raka piersi w trakcie lub po zakończeniu leczenia hormonalnego z zastosowaniem inhibitora aromatazy; 4) talazoparyb albo olaparyb w monoterapii w drugiej lub trzeciej linii leczenia u chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2, po uprzednim zastosowaniu hormonoterapii z lub bez inhibitorów CDK4/6 w leczeniu paliatywnym (dopuszczalne jest wcześniejsze stosowanie 1-2 linii chemioterapii paliatywnej lub chemioterapii okołoperacyjnej z udziałem antracykliny i taksoidu i 1 linii chemioterapii paliatywnej). W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów PARP. W programie finansuje się do 3 linii leczenia przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) potrójnie ujemnego raka piersi substancjami: 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.	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	f) stężenie bilirubiny, g) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią oraz u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym. h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej w celu wykluczenia przerzutów odległych i) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR w celu wykluczenia przerzutów odległych j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej) w celu wykluczenia przerzutów odległych k) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. 1.2.2. Monitorowanie leczenia 1) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem; b) stężenie kreatyniny; c) aktywność AlAT; d) aktywności AspAT; e) stężenie bilirubiny. Badania wykonuje się: – co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych cykli leczenia, na początku kolejnych 2 cykli, a
---	--	--

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 karboplatiną (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 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	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 HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi Zalecana maksymalna dawka dobową abemacyklibu: 300 mg/dobę (2 x 150 mg) codziennie (1 cykl trwa 28 dni). Rozpoczęcie terapii abemacyklibem powinno mieć miejsce nie później niż 3 miesiące od rozpoczęcia hormonoterapii uzupełniającej (po radykalnym leczeniu operacyjnym). Dawka dobową inhibitorów aromatazy lub antagoisty estrogeny stosowanych w skojarzeniu z abemacyklibem: a) letrozol: 2,5mg/dobę b) anastrozol: 1 mg/dobę c) eksemestan: 25 mg/ dobę d) tamoksyfen: 20 mg/dobę U chorych z zachowaną czynnością jajników w okresie przed- i około menopauzalnym należy rozważyć stosowanie jednocześnie gosereliny.	następnie w zależności od wskazań klinicznych. 2) badania obrazowe: a) mammografia, w razie potrzeby uzupełniona o USG piersi lub MR. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 12 miesięcy. 1.3. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi z obecnością mutacji w genach BRCA 1.3.1. Wykaz badań przy kwalifikacji a) potwierdzenie obecności mutacji germinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) potwierdzenie braku ekspresji receptora HER2 i określenie stanu steroidowych receptorów hormonalnych, 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),
---	---	--

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 1.1.4. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem emtanzyną. <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi:</u> 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	W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. 1.2.1. Czas leczenia: Leczenie trwa maksymalnie 24 miesiące (1 cykl leczenia trwa 4 tygodnie) lub do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. 1.3. Leczenie wczesnego, HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi Zalecana maksymalna dobową dawką 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.	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. 1.3.2. 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. 1.4. Leczenie okołoperacyjne wczesnego potrójnie ujemnego raka piersi 1.4.1. 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,
---	--	--

– 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: – 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 przerzutów 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	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.3.1. 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. 1.4. Leczenie okołoperacyjne 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	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, 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.
---	--	---

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, 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.	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, 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. 1.4.1. 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	1.4.2. 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 (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,
--	---	--

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 HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje: 1.2.1. Leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi abemacyklibem w skojarzeniu z hormonoterapią dorosłych pacjentów we wczesnym stadium raka piersi wykazującego ekspresję receptora hormonalnego i niewykazującego ekspresji receptora typu 2. dla ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu, z przerzutami do węzłów chłonnych z wysokim ryzykiem nawrotu. <u>Kryteria kwalifikacji wczesnego HR-dodatniego, HER2-ujemnego raka piersi:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi; 3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych $\geq 1\%$; 4) udokumentowany brak nadmiernej ekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/- w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 5) obecność następujących cech wysokiego ryzyka nawrotu określonych klinicznie lub patomorfologicznie: – ≥ 4 zajęte przerzutami pachowe węzły chłonne, albo	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 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:	b) USG piersi z dołami pachowymi (tylko podczas leczenia przedoperacyjnego). Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące jedynie podczas leczenia przedoperacyjnego (częściej, gdy są wskazania kliniczne). 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 a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej), b) badanie mutacji germlinalnej BRCA 1/2 (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej) – tylko w przypadku talazoparybu albo olaparybu,
---	---	--

– 1-3 zajęte pachowe węzły chłonne i co najmniej jedno z następujących kryteriów: a) wielkość zmiany nowotworowej ≥ 5 cm (w przypadku chorych po przebytych leczeniu neoadiuwantowym - wielkość oceniona w badaniach obrazowych), b) stopień złośliwości histologicznej G3; 6) przebyte 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, 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); 7) sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego; 10) brak przeciwwskazań do stosowania abemacyklibu; 11) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 12) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	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). 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.	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, 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
---	--	--

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia wczesnego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 1.3. Leczenie wczesnego HER2-ujemnego i potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje: 1.3.1. leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi olaparybem w monoterapii lub w skojarzeniu z terapią hormonalną pacjentów z germinalnymi mutacjami BRCA1/2, u których występuje HER2-ujemny wczesny rak piersi wysokiego ryzyka, leczony wcześniej chemioterapią neoadjuwantową lub adjuwantową. <u>Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-ujemnego raka piersi:</u> - wiek 18 lat i powyżej; - potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi bez przerzutów odległych (tj. cecha M0 w klasyfikacji TNM); - 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)); - obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej); - zakończone miejscowe leczenie chirurgiczne piersi lub węzłów pachowych (chorzy po zabiegach chirurgicznych muszą ukończyć radioterapię adjuwantową o ile jest wskazana); - ukończenie chemioterapii adjuwantowej lub neoadjuwantowej; - 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	Dawka trastuzumabu emtanzyny: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Maksymalna dobową dawkę tukatynibu: 600 mg / dobę (codziennie). Dawka nasycająca trastuzumabu dożylnego w skojarzeniu z tukatynibem podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia). 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 dobową dawkę 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.	zależności od możliwości oceny wymiarów zmian, - 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, - scyntygrafia kości (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej), - EKG, - ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anti-HER2, - konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO (jedynie w przypadku stosowania leków anti-HER2). - 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 - badania laboratoryjne:
---	---	---

węzłach chłonnych (cecha $\geq$pN1) lub inwazyjny guz pierwotny o średnicy przynajmniej 2 cm (cecha $\geq$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, - 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	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. 2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2 Dawka trastuzumabu derukstekanu: 5,4 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie). Możliwość redukcji dawki zgodnie z aktualną ChPL. 2.2.1. 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. 2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego Zalecana maksymalna dawka dobową palbocyklilu: 125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dawka dobową rybocyklilu: 600mg/ dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni). Zalecana maksymalna dawka dobową abemacyklilu: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni).	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 rybocyklilu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), a potem w zależności od wskazań klinicznych), 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
---	--	--

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. 1.4. Leczenie okołoperacyjne potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje: 1.4.1. leczenie okołoperacyjne pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią jako leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) i kontynuacja pembrolizumabu jako leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) po zabiegu chirurgicznym u chorych na potrójnie ujemnego raka piersi miejscowo zaawansowanego lub we wczesnym stadium z dużym ryzykiem nawrotu. <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia wczesnego, potrójnie ujemnego raka piersi:</u> 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;	Zalecana maksymalna dobową dawką alpelisybu: 300 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobową dawką talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobową dawką 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 dobową 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 cyklobu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być 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	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 4 tygodnie (cykl 28 dniowy) przez pierwsze 4 cykle i następnie w zależności od wskazań klinicznych, ale nie rzadziej niż co 3 miesiące – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6, – badania oznaczone w ppkt a)-f) co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych miesięcy leczenia, badanie oznaczone w ppkt g) co miesiąc w trakcie 2 pierwszych miesięcy, a następnie badania oznaczone w ppkt a)-g) wykonywane co 3 miesiące - w przypadku leczenia 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,
---	---	--

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. 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	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 dobową dawką talazoparybu: 1 mg / dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dobową dawką olaparybu: 600 mg/dobę (codziennie). Zalecana maksymalna dawka sacytuzumabu gowitekanu: 10 mg/kg mc. (podawana w 1. i 8. dniu każdego 21-dniowego cyklu). 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.	– 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, olaparybu, sacytuzumabu gowitekanu oraz pembrolizumabu: a) EKG, b) ECHO, 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 (u chorych z dobrą kontrolą choroby po 2 latach stosowania leczenia – nie rzadziej niż co 3-6 miesięcy – wybór metody
---	---	--

2.1.4. leczenie przerzutowego raka piersi tukatynibem w skojarzeniu z trastuzumabem i kapecytabiną (II, III lub IV linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo 2.1.5. leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem (II lub III lub IV linia leczenia anty-HER2 przerzutowego raka piersi). <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego:</u> 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.		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). W celu monitorowania leczenia dopuszcza się wykonywanie innych badań obrazowych koniecznych do oceny zmian według aktualnych kryteriów RECIST w zależności od sytuacji klinicznej.
---	--	---

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2 obejmuje w programie: 2.2.1 leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem derukstekanem w monoterapii po uprzednim leczeniu systemowym <u>Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2:</u> 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi: a) uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania); 3) udokumentowana niska ekspresją receptora HER2 (IHC /1+/ lub IHC /2+/ i ISH +/- niezależnie od statusu receptorów hormonalnych; 4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 5) sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG; 6) wartość LVEF co najmniej 50%; 7) nieobecność istotnych klinicznie i niekontrolowanych stosowanym postępowaniem farmakologicznym chorób współwystępujących stanowiących przeciwwskazanie do leczenia; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;		Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. 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), c) progresję choroby (PD), d) 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 odpowiedź (PR), stabilizacja (SD), progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
---	--	---

9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego raka piersi z niską ekspresją HER2 kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2.3. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje: 2.3.1. leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo 2.3.2. leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK 4/6 (abemacyklibem albo palbocyklibem albo rybocyklibem) w skojarzeniu z fulwestrantem (I linia zaawansowanego raka piersi -tylko w przypadku abemacyklibu lub rybocyklibu lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo 2.3.3. leczenie przerzutowego, hormonowrażliwego, HER2-ujemnego raka piersi z obecnością mutacji PIK3CA alpelisybem w skojarzeniu z fulwestrantem (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi) albo 2.3.4. leczenie przerzutowego 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).		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 programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6.

Kryteria kwalifikacji do leczenia przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.:
 - a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)
 - lub
 - b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);
- 3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych $\geq 1\%$;
- 4) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH));
- 5) udokumentowana obecność mutacji genu PIK3CA – tylko w przypadku alpelisybu;
- 6) udokumentowana obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej 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 w stanie 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, 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 mięszzowych 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 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		
---	--	--

badan klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Dodatkowo dla pacjentek, które rozpoczęły monoterapię fulwestrantem w 1 linii leczenia hormonalnego przed 01.09.2020 r., w przypadku progresji choroby, możliwe będzie zastosowanie terapii palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy. 2.4. Leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w programie obejmuje: 2.4.1. leczenie przerzutowego lub miejscowo nieoperacyjnego, nawrotowego potrójnie ujemnego raka piersi z ekspresją PD-L1 pembrolizumabem w skojarzeniu z paklitakselem albo z gemcytabiną i karboplatiną (I linia leczenia TNBC) albo 2.4.2. leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii talazoparybem albo olaparybem chorych z obecnością mutacji germinalnych w genach BRCA1/2 (I lub II lub III linia leczenia TNBC) albo 2.4.3. leczenie przerzutowego potrójnie ujemnego raka piersi w monoterapii sacytuzumabem gowitekanem (II lub III lub IV linia leczenia TNBC). <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 $\geq 1\%$; 5) udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH)); 6) udokumentowana obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie BRCA1 lub w BRCA2 (germinalnej) – tylko w przypadku talazoparybu oraz olaparybu; 7) udokumentowana potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 10 oznaczona 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 umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;		
---	--	--

14) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, potrójnie ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; 2) pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym; 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 4) obniżenie sprawności: a) do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia wczesnego HER2-dodatniego lub HER2-ujemnego lub potrójnie ujemnego raka piersi, b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG– w przypadku leczenia przerzutowego HER2-ujemnego lub HER2-dodatniego lub HER2-low raka piersi; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację 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.		
--	--	--

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 <i>pembrolizumabem</i> 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 <i>pembrolizumabu</i> 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 <i>pembrolizumabem</i> 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego z komponentem jasnokomórkowym; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 11) oznaczenie poziomu glukozy; 12) oznaczenie jonogramu (sód, potas); 13) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 14) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;

– stan po wykonaniu nefrektomii radykalnej lub oszczędzającej i przeprowadzeniu doszczętnej resekcji przerzutów - lub – stan po wykonaniu nefrektomii radykalnej lub oszczędzającej i przeprowadzeniu stereotaktycznej radioterapii wszystkich przerzutów z uzyskaniem ich remisji; 3) brak wcześniejszego leczenia systemowego raka nerki lub radioterapii (nie dotyczy radioterapii stereotaktycznej przerzutów raka nerki); 4) czas do rozpoczęcia leczenia uzupełniającego pembrolizumabem: a) w przypadku choroby ograniczonej do nerki (chorzy bez cechy M1) stosowanie pembrolizumabu należy rozpocząć przed upływem 12 tygodni od przeprowadzenia nefrektomii radykalnej lub oszczędzającej z uzyskaniem ujemnych marginesów chirurgicznych, b) w przypadku choroby z przerzutami (chorzy z cechą M1) stosowanie pembrolizumabu należy rozpocząć przed upływem 12 tygodni od leczenia miejscowego zmian przerzutowych; 5) ukończony 18. rok życia; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami w aktualnej ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL; 9) stan sprawności wg skali ECOG 0-1;		15) badanie metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy; 16) elektrokardiogram (EKG); 17) pomiar ciśnienia tętniczego; 18) inne badania obrazowe (w tym mózgu) w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą potwierdzić nieobecność ognisk aktywnej choroby. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenia stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) oznaczenie stężenia hormonu fT4 i TSH; 7) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 8) oznaczenie poziomu glukozy; 9) oznaczenie jonogramu (sód, potas, wapń); 10) elektrokardiogram (EKG)- wg wskazań klinicznych; 11) pomiar ciśnienia tętniczego; 12) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 6 tygodni albo przed następnym podaniem leku, jeśli przerwa między podaniami jest dłuższa niż 6 tygodni. Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych.
---	--	---

10) w przypadku wcześniejszego zachorowania na inny nowotwór kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane z tym nowotworem; 11) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie pembrolizumabem trwa 51 tygodni (17 cykli 3-tygodniowych) lub do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu wcześniej, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie nawrotu nowotworu; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na <i>pembrolizumab</i> lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) ciąża lub okres karmienia piersią; 4) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych; 5) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych		3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) mózgu (w przypadku stwierdzenia zmian przy kwalifikacji), klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy; 2) inne badania obrazowe (w tym mózgu) w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) badania klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni; obrazowanie mózgu i kości - w przypadku wystąpienia objawów klinicznych; 2) w ciągu miesiąca po zakończeniu leczenia; 3) w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić potwierdzenie utrzymywania się stanu wolnego od choroby albo stwierdzenie nawrotu choroby. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
--	--	---

oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		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.
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 kanałików zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>, <i>pazopanibu</i>, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym - w przypadku <i>niwolumabu</i> z <i>ipilimumabem</i>, c) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego - w przypadku <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego zaawansowanego raka nerki – w przypadku <i>pazopanibu</i> możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin; 4) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 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 <i>kabozantynibem</i>, <i>kabozantynibem</i> w połączeniu z <i>niwolumabem</i>, <i>niwolumabem</i> w połączeniu z <i>ipilimumabem</i>, <i>pazopanibem</i> 1) rozpoznanie histopatologiczne raka nerkowokomórkowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4 - dla <i>ipilimumabu</i> z <i>niwolumabem</i>, <i>kabozantynibu</i>, <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>, <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym (jeśli wskazany klinicznie); 15) elektrokardiogram (EKG);

6) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstąpienie od nefrektomii potwierdzone udokumentowaną decyzją konsylium multidyscyplinarnego; 7) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 8) nieobecność aktywnych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. 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. niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem		16) pomiar ciśnienia tętniczego; 17) badanie TK klatki piersiowej i jamy brzusznej; 18) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 19) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszym leczeniu miejscowym przerzutów); 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów w RECIST. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) 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 <i>kabozantynibu</i>, <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>; 7) oznaczenie stężenia <i>ft4</i> i <i>TSH</i> - dla <i>ipilimumabu</i> z <i>niwolumabem</i>, <i>kabozantynibu</i>, <i>kabozantynibu</i> z <i>niwolumabem</i>; 8) pomiar ciśnienia tętniczego; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.
---	--	---

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 <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 5) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. 1.2.4. kabozantinibem w skojarzeniu z niwolumabem 1) pośrednie lub niekorzystne rokowanie wg skali IMDC; 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego; 3) brak wcześniejszego leczenia <i>kabozantinibem</i> w monoterapii; 4) nieobecność aktywnych chorób immunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego; 5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków		Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 4-8 tygodni - w przypadku leczenia <i>kabozantinibem</i>, <i>pazopanibem</i> i <i>niwolumabem</i> w fazie monoterapii oraz <i>kabozantinibem</i> i <i>niwolumabem</i> w terapii skojarzonej; 2) dodatkowo w 3, 5, 7 i 9 tygodniu w przypadku leczenia <i>pazopanibem</i> dla oznaczeń określonych w punktach 3, 4, 5; 3) co 3-6 tygodni – w fazie leczenia skojarzonego <i>ipilimumabem</i> z <i>niwolumabem</i>. 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.
---	--	--

immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 6) 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 <i>niwolumabu</i> z <i>ipilimumabem</i> z możliwością potwierdzenia progresji w kolejnym badaniu po upływie 4-8 tygodni); 2) w przypadku oligoprogresji (progresja nie więcej niż 5 ognisk w nie więcej niż 3 narządach, w tym w ośrodkowym układzie nerwowym), dopuszcza się kontynuację leczenia pod warunkiem zastosowania radykalnego leczenia miejscowego (chirurgia, radioterapia stereotaktyczna) tych ognisk, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) ciąża lub okres karmienia piersią; 5) wystąpienie zagrażającej życiu toksyczności lub istotnej klinicznie toksyczności niższego stopnia, która nawraca pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych;		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.
--	--	---

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 <i>pazopanibu</i> 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. 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 <i>kabozantinibem</i>, <i>niwolumabem</i> 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 kanałików zbiorczych - w przypadku <i>kabozantynibu</i>, b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym- w przypadku <i>niwolumabu</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 4) ukończony 18. rok życia; 5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępianie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL;	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 <i>kabozantynibu</i> i <i>niwolumabu</i>; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 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. kabozantinibem 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 <i>kabozantinibem</i>. 1.2.2. niwolumabem 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka nerki z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym; 2) brak wcześniejszego leczenia raka nerki inhibitorami punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/ PD-L1, anty-CTLA4) w tym leczenia adjuwantowego; 3) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem zespołu Sjögrena, bielactwa, cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego;		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 <i>kabozantinibu</i>; 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH - dla <i>kabozantinibu</i> i <i>niwolumabu</i>; 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);
--	--	--

- 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 (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

- 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.

pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL lub w aktualnych zaleceniach Towarzystw Onkologicznych; 6) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		
Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one 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 <i>kabozantynibu</i>,	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 <i>kabozantynibem</i>, <i>niwolumabem</i> 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;

b) raka nerkowokomórkowego z komponentem raka jasnokomórkowego lub sarkomatycznym – w przypadku <i>niwolumabu</i>; 2) nowotwór w stadium zaawansowanym bez możliwości radykalnego leczenia miejscowego; 3) stan sprawności według skali Karnofsky'ego 70-100; 4) ukończony 18. rok życia; 5) uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie od nefrektomii potwierdzone na podstawie udokumentowanej decyzji konsylium multidyscyplinarnego; 6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych (wg aktualnej wersji RECIST); 7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów lub stereotaktyczna radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 8) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 9) nieobecność istotnych klinicznie objawów niepożądanych związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową; 10) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do rozpoczęcia terapii w oparciu o aktualną ChPL; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;		7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 8) oznaczenie stężenia TSH i fT4; 9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy; 10) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantynibu</i>; 11) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 13) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 14) test 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;
---	--	---

13) zgoda pacjenta na zapobieganie ciąży zgodnie z aktualną ChPL stosowanych leków. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia 1.2.1. kabozantinibem 1) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia systemowego z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym w 1. linii leczenia (możliwa wcześniejsza immunoterapia z wykorzystaniem cytokin) oraz niwolumabem w 2. linii leczenia; 2) brak wcześniejszego leczenia <i>kabozantinibem</i>. 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 ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia niwolumabem (kortykosteroidy wziewne są dozwolone);		4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) badanie ogólne moczu – dla <i>kabozantinibu</i>; 7) oznaczenie stężenia fT4 i TSH; 8) pomiar ciśnienia tętniczego; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się nie rzadziej niż co 4-8 tygodni. Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) 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.
---	--	--

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 (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;		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.
--	--	---

7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych tych leków, jeśli dotyczyły one trzeciej linii leczenia, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		
---	--	--

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 1. linii leczenia – <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną)</i>; 2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną</i>; 3) w 3. lub kolejnych liniach leczenia – <i>mosunetuzumabem w monoterapii</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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) potwierdzona histologicznie diagnoza chłoniaka grudkowego; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;	1. Dawkowanie leków 1.1. obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia 1.1.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) <u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: w dawce 1000 mg podawany w skojarzeniu z chemioterapią w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego cyklu leczenia. <u>Obinutuzumab w cyklach 2-6 lub 2-8 (liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego)</u>: w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia. <u>Chemioterapia:</u>	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) 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 1. linii leczenia; 7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA;

4) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 7) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub na białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii: 1.2.1. obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia 1) zaawansowany chłoniak grudkowy w stadium II bulky, III, IV wg Ann Arbor; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka grudkowego. 1.2.2. obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia chłoniaka grudkowego; 3) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu	1) <u>CHOP</u> – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu albo 2) <u>CVP</u> – zgodne ze standardowym dawkowaniem dla tego schematu albo 3) <u>Bendamustyna</u> – w dawce 90 mg/m² 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 <u>Obinutuzumab</u>: 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 2. lub kolejnych liniach leczenia 1.2.1. Leczenie indukujące – obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną <u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: w dawce 1000 mg w podawany w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki na 100 mg w 1. dniu i na 900 mg w 2. dniu),	8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-HCV badanie HCV-RNA; 9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). W przypadku lokalizacji pozawązłowej chłoniaka wykonanie innych badań oceniających zaawansowanie chłoniaka oprócz badań w/w - do decyzji lekarza prowadzącego (badania endoskopowe lub inne). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) 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. Badania wykonuje się: a) w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia oraz w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym cyklem oraz dodatkowo w cyklu 1 przed podaniem obinutuzumabu w dniu 8 i 15,
---	---	---

leczenia rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab. 1.2.3. mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia 1) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia chłoniaka grudkowego, w tym przeciwciała anty-CD20 i lek alkilujący. 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 chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6-8 cykli (w zależności od zastosowanej chemioterapii), a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata; 2) obinutuzumabem w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia indukującego wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata; 3) mosunetuzumabem w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – maksymalny czas leczenia wynosi: a) 8 cykli – w przypadku pacjentów, u których po 8 cyklach stwierdzono całkowitą odpowiedź na leczenie (CR), albo b) 17 cykli – w przypadku pacjentów, u których po 8 cyklach stwierdzono częściową odpowiedź na leczenie (PR) lub stabilną chorobę (SD) choroby.	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/m² 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. 1.3. mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). Cykl 1: mosunetuzumab podawany w infuzji w dawce: – 1 mg w 1. dniu cyklu 1., – 2 mg w 8. dniu cyklu 1., oraz – 60 mg w 15. dniu cyklu 1. Cykl 2: mosunetuzumab podawany w dawce 60 mg w 1. dniu cyklu 2. Cykl 3 i kolejne: mosunetuzumab podawany w dawce 30 mg w 1. dniu cyklu 3. i każdego kolejnego cyklu.	b) w przypadku terapii mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – przed każdym podaniem leku. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia elektrolitów; 7) oznaczenie stężenia CRP; 8) oznaczenie stężenia ferrytyny; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 10) oznaczenie APTT; 11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 12) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 13) oznaczenie stężenia D-dimerów. O częstotliwości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.
---	--	--

3. 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 świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	Mosunetuzumab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	Zapisy dotyczące CRS i ICANS dotyczą leczenia mosunetuzumabem. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Badania wykonywane w celu oceny skuteczności leczenia: 1) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR). Badania wykonuje się: a) w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z chemioterapią (CHOP, CVP lub bendamustyną) w 1. linii leczenia oraz w przypadku terapii obinutuzumab w skojarzeniu z bendamustyną w 2. lub kolejnych liniach leczenia – po zakończeniu leczenia indukującego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia), b) w przypadku terapii mosunetuzumab w monoterapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia – po 8 cyklach leczenia, po 17 cyklach leczenia oraz w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia). 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.
II.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B		

W ramach części II.A. programu lekowego chorym na niżej wskazane chłoniaki z dużych komórek B udostępnia się poniższe terapie: 1) chorym na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL): a) w 1. linii leczenia – <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i>; b) w 2. lub kolejnych liniach leczenia: – <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i>, – <i>tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</i>; c) w 3. lub kolejnych liniach leczenia: – <i>lonkastuksymab tezyryny w monoterapii</i>, – <i>epkorytamab w monoterapii</i> albo <i>glofitamab w monoterapii</i>, 2) chorym na chłoniaka z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) w 3. lub kolejnych liniach leczenia – <i>lonkastuksymab tezyryny w monoterapii</i>. <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> W ramach programu lekowego jest możliwe zastosowanie tylko jednego przeciwciała bispecyficznego (epkorytamabu albo glofitamabu). 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;	1. Dawkowanie leków 1.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). 1.1.1. Cykle 1-6: <u>Polatuzumab wedotyny</u> w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylniej co 21 dni w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (R-CHP) przez 6 cykli. Polatuzumab wedotyny, rytuksymab, cyklofosfamid i doksorubicyna mogą być podawane w dowolnej kolejności w 1. dniu każdego cyklu po podaniu prednizonu. <u>Rytuksymab</u> – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu. <u>Cyklofosfamid</u> – zalecana dawka cyklofosfamidu wynosi 750 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu. <u>Doksorubicyna</u> – zalecana dawka doksorubicyny wynosi 50 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu. <u>Prednizon</u> – zalecana dawka prednizonu wynosi 100 mg/dobę doustnie w dniach 1-5 każdego cyklu. 1.1.2. Cykle 7-8: <u>Rytuksymab</u> podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 375 mg/m² pc. w 1. dniu cyklu 7 i cyklu 8.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) 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) 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 <i>polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) dodatkowo w przypadku terapii <i>tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem</i>: a) elektrokardiografia (EKG), b) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA, c) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy);
--	---	--

3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii: 1.2.1. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) uprzednio nieleczony chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 3) międzynarodowy indeks prognostyczny (IPI) 3-5; 4) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia; 5) stężenie bilirubiny $\leq 1,5$ razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium).	1.2. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). <u>Polatuzumab wedotyny</u> w dawce 1,8 mg/kg mc. podawany jest w infuzji dożylniej 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. Zaleca się, aby nie przekraczać dawki polatuzumabu wedotyny powyżej 240 mg/cykl. <u>Bendamustyna</u> – zalecana dawka wynosi 90 mg/m² pc./dobę w 1. i 2. dniu każdego cyklu. <u>Rytuksymab</u> – zalecana dawka rytuksymabu wynosi 375 mg/m² pc. w 1. dniu każdego cyklu. 1.3. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). 1.3.1. Cykle 1-12: <u>Tafasytamab</u> w zalecanej dawce 12 mg/kg mc. podawany w infuzji dożylniej: – 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.	10) dodatkowo w przypadku terapii <i>lonkastuksymabem tezyryny</i> w <i>monoterapii</i> – oznaczenie aktywności γ-glutamylotransferazy (GGTP). 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 rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem lub polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem 2.1.1. Badania przeprowadzane przed każdym cyklem: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) 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. 2.2. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem 2.2.1. Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem tafasytamabu – morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym). 2.2.2. Badania przeprowadzane przed każdym cyklem:
---	--	--

1.2.2. polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 3) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia; 4) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego; 5) nieobecność neuropatii obwodowej ≥ 2 stopnia; 6) stężenie bilirubiny $\leq 1,5$ razy GGN (górna granica normy dla danego laboratorium).	<u>Lenalidomid</u> – zalecana dawka początkowa wynosi 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 każdego cyklu – od cyklu 1. do cyklu 12. 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.	1) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi; 3) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);
1.2.3. tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 3) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia; 4) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego.	1.3.2. Od 13 cyklu: Tafasytamab od 13. cyklu podawany jest w monoterapii w zalecanej dawce 12 mg/kg m.c. w infuzji dożylniej – w dniach 1. i 15. każdego cyklu. 1.4. epkorytamab w monoterapii Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). 1.4.1. Cykl 1: <u>Epkorytamab</u> podawany jest podskórnie w dawce: – 0,16 mg w dniu 1. cyklu 1., następnie – w dawce 0,8 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie – w dawce 48 mg w dniu 15. i 22. cyklu 1.	2.3. epkorytamab w monoterapii 2.3.1. Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem epkorytamabu – morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym). 2.3.2. Badania przeprowadzane przed każdym podaniem epkorytamabu w cyklu 1. i 2. oraz przed każdym cyklem od cyklu 3.: 1) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 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.
1.2.4. epkorytamab w monoterapii 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL, <i>de novo</i> lub transformacja z indolentnego chłoniaka); 3) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;	1.4.2. Od 2 cyklu:	2.4. glofitamab w monoterapii

4) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia ogólnoustrojowego; 5) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anty-CD20; 6) przeciwwskazania do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych w momencie kwalifikacji do programu lekowego lub wcześniejsze niepowodzenie przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (auto-HSCT). 1.2.5. glofitamab w monoterapii 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL); 2) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie; 3) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia układowego. 1.2.6. lonkastuksymab tezyryny w monoterapii 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) lub chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL); 2) nawrót choroby lub oporność na ostatnią linię leczenia zdefiniowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji; 3) zastosowanie wcześniej co najmniej 2 linii leczenia. 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	<u>Epkorytamab</u> podawany jest podskórnie w dawce 48 mg: – w cyklu 2. i 3. – w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu, – od cyklu 4. do cyklu 9. – w dniach 1. i 15. każdego cyklu, – od 10. cyklu – w dniu 1. każdego cyklu. Epkorytamab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku. 1.5. glofitamab w monoterapii Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). 1.5.1. Cykl 1: Leczenie wstępne w dniu 1. cyklu 1. prowadzone jest zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego dla glofitamabu. <u>Glofitamab</u> podawany jest dożylnie w dawce: – 2,5 mg w dniu 8. cyklu 1., a następnie – w dawce 10 mg w dniu 15. cyklu 1. 1.5.2. Cykle 2-12: <u>Glofitamab</u> od 2. cyklu podawany jest dożylnie w dawce 30 mg w dniu 1. każdego cyklu.	2.4.1. Badania przeprowadzane w cyklu 1. przed leczeniem wstępnym oraz przed każdym podaniem glofitamabu, a następnie przed każdym kolejnym cyklem: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) 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. 2.4.2. Badanie przeprowadzane przed każdym cyklem – test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2.5. lonkastuksymab tezyryny w monoterapii 2.5.1. 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 γ-glutamylotransferazy (GGTP), 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.
--	--	---

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) <i>polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> – maksymalny czas trwania terapii skojarzonej wynosi 6 cykli, a maksymalny czas leczenia rytuksymabem w monoterapii wynosi 2 cykle (cykl nr 7 i cykl nr 8); 2) <i>polatuzumabem wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i> – leczenie kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli; 3) <i>tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem</i> – maksymalny czas leczenia tafasytamabem w skojarzeniu z lenalidomidem wynosi 12 cykli, natomiast przez kolejne cykle tafasytamab jest podawany w monoterapii do momentu wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 4) <i>epkorytamabem w monoterapii</i> – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 5) <i>glofitamabem w monoterapii</i> – maksymalny czas leczenia wynosi 12 cykli (21-dniowych); 6) <i>lonkastuksymabem tezyryny w monoterapii</i> – do wystąpienia progresji choroby albo niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia;	Glofitamab należy podawać pacjentom właściwie nawodnionym. Zalecenia dotyczące premedykacji, w tym w przypadku wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS), zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla tego leku. 1.6. lonkastuksymab tezyryny w monoterapii Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). <u>Lonkastuksymab tezyryny</u> podawany jest dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dawce: – 0,15 mg/kg m.c. w dniu 1. cyklu 1., następnie – w dawce 0,15 mg/kg m.c. w dniu 1. cyklu 2., a następnie – w dawce 0,075 mg/kg m.c. w dniu 1. cyklu 3. i każdego kolejnego cyklu. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: 1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia elektrolitów; 7) oznaczenie stężenia CRP; 8) oznaczenie stężenia ferrytyny; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 10) oznaczenie APTT; 11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT); 12) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 13) oznaczenie stężenia D-dimerów. O częstotliwości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. Zapisy dotyczące CRS i ICANS dotyczą leczenia epkorytamabem i glofitamabem.
---	--	---

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); 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. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) odpowiednie badania obrazowe (TK lub PET-TK lub NMR). Badania wykonywane są: a) po 3 cyklach leczenia, po zakończeniu leczenia lub w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z rytuksymabem, cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem</i> lub <i>polatuzumab wedotyny w skojarzeniu z bendamustyną i rytuksymabem</i>, b) po 3 cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia), po 12 cyklach leczenia (w trakcie 13. miesiąca leczenia) oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii <i>tafasytamab w skojarzeniu z lenalidomidem</i>, c) po 3 cyklach leczenia, po 6 cyklach leczenia i po 12 cyklach leczenia oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby – w przypadku terapii <i>epkorytamab w monoterapii, glofitamab w monoterapii</i> oraz <i>lonkastuksymab tezyryny w monoterapii</i>. 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.
II.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI Z DUŻYCH KOMÓREK B – TERAPIA CAR-T		
W ramach części II.B. programu lekowego chorym na chłoniaki z dużych komórek B udostępnia się poniższe terapie CAR-T: 1) chorym na chłoniaka rozlanego z dużych komórek B (DLBCL) lub chłoniaka z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) lub stransformowanego w DLBCL chłoniaka grudkowego (TFL): a) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – aksykabtagenem cyloleucelu, albo b) w 3. lub kolejnych liniach leczenia – tisagenlecleucel; 2) chorym na pierwotnego chłoniaka śródpiersia z dużych komórek B (PMBC) w 3. lub kolejnych liniach leczenia – aksykabtagenem cyloleucelu, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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. Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2. albo 1.3. albo 1.4.) dla poszczególnych terapii.	1. Dawkowanie leków Schemat dawkowania <u>aksykabtagenu cyloleucelu</u> oraz <u>tisagenlecleucelu</u> zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Lecniczych dla tych substancji czynnych. Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Lecniczego odpowiednio dla aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu. Przed podaniem aksykabtagenu cyloleucelu albo tisagenlecleucelu zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Lecniczych 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 odośnie 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	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); b) 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);

1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; stan zdrowia chorego powinien w ocenie lekarza prowadzącego rokować przeżycie co najmniej 3 miesiące bez zastosowania terapii CAR-T; 3) czynność szpiku kostnego pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 4) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii; 5) możliwość zastosowania u leczonych kobiet w wieku rozrodczym oraz mężczyzn (i ich partnerów seksualnych) skutecznych metod antykoncepcji w okresie co najmniej 12 miesięcy po infuzji aktykaptagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. linii leczenia chłoniaka DLBCL, HGBCL lub TFL aktykaptagenem cytoleucelu 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL) (badanie histopatologiczne z okresu rozpoznania lub dodatkowe badanie – jeśli są wskazania kliniczne); 2) nawrót choroby w ciągu 12 miesięcy od zakończenia immunochemioterapii 1. linii lub choroba oporna na immunochemioterapię 1. linii; 3) kwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (autoHSCT) w momencie kwalifikacji do programu lekowego.	leczonymi aktykaptagenem cytoleucelu lub tisagenlecleulem. 2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla aktykaptagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu.	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 aktykaptagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu 1) morfologia krwi 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 w pkt 1.1. wyżej); 5) ocena funkcji wątroby (jak w pkt 1.1. wyżej). 1.3. Badania w dniu następnym po podaniu aktykaptagenu cytoleucelu 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,
---	---	--

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka DLBCL, HGBCL lub TFL tisagenlecleucelalem albo aksykabtagenem cytoleucelu 1) potwierdzony histologicznie chłoniak rozlany z dużych komórek B (DLBCL) albo chłoniak z komórek B o wysokim stopniu złośliwości (HGBCL) albo stransformowany w DLBCL chłoniak grudkowy (TFL); 2) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego; 3) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anti-CD20 i antracykliny; 4) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT). 1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 3. lub kolejnych liniach leczenia chłoniaka PMBCL aksykabtagenem cytoleucelu 1) potwierdzony histologicznie pierwotny chłoniak śródpiersia z dużych komórek B (PMBCL); 2) udokumentowane niepowodzenie dwóch lub więcej linii leczenia systemowego; 3) wcześniejsze leczenie zawierające przeciwciało anti-CD20 i antracykliny; 4) oporność na ostatnią otrzymaną linię leczenia lub wznowa/progresja w ciągu 12 miesięcy od przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT). 2. Określenie czasu leczenia w programie		e) oznaczenie stężenia D-dimerów; 3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T 1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS; 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), 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);
--	--	--

U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie akcykaptagenu cytoleucelu 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; 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 akcykaptagenem cytoleucelu, b) cyklofosfamid i fludarabina albo bendamustyna – w przypadku leczenia tisagenlecleucelem;		6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 9) znaczenie stężenia elektrolitów. Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania akcykaptagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 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.
--	--	---

14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19). 4. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania aksykabtagenu cytoleucelu albo tisagenlecleucelu.		
III.A. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7)		
W ramach części III.A. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszcza (MCL) udostępnia się terapię ibrutynibem w monoterapii, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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; 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. 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 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; 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

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; 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;		dotadniego 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 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, b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Badania wykonywane po 3. cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia) oraz w przypadku podejrzenia progresji/nawrotu: 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
---	--	--

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.		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.
III.B. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA Z KOMÓREK PŁASZCZA (MCL) (ICD-10: C85.7) – TERAPIA CAR-T		
W ramach części III.B. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka z komórek płaszcza (MCL) udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem breksukabtagenu autoleucelu, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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 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);	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 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	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), b) 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;

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 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;	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.	6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 7) badania radiologiczne potwierdzające wznowę lub oporność choroby, z zastosowaniem TK lub NMR lub PET-TK; 8) elektrokardiografia (EKG); 9) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 11) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy); 12) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu B (HBsAg, anti-HBc, anti-HBs – w przypadku dodatnich anti-HBc wykonać HBV DNA); 13) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anti-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anti-HCV). 1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem breksukabtagenu autoleucelu 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).
---	---	--

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) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania breksukabtagenu autoleucelu.		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). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T: 1) przez pierwsze 10 dni po podaniu infuzji należy codziennie monitorować pacjenta w wykwalifikowanym ośrodku leczniczym, czy nie występują u niego objawy przedmiotowe i podmiotowe CRS, zdarzeń neurologicznych i innych działań toksycznych; 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
---	--	---

		d) oznaczenie APTT, e) oznaczenie INR, f) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), g) oznaczenie stężenia fibrynogenu, h) oznaczenie stężenia D-dimerów; (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi); 3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz; 4) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów. Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania breksukabtagenu autoleucelu, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia
--	--	--

		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.
IV. LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKA STREFY BRZEŻNEJ (MZL) (ICD-10: C85.1, C85.7)		
W ramach części IV. programu lekowego chorym na opornego lub nawrotowego chłoniaka strefy brzeżnej (MZL) udostępnia się terapię zanubrutynibem w monoterapii, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) potwierdzone rozpoznanie chłoniaka strefy brzeżnej, niezależnie od jego podtypu i lokalizacji, zgodnie z obowiązującymi klasyfikacjami; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 4) zastosowanie wcześniej co najmniej 1 linii leczenia systemowego, w tym zawierającej przeciwciało anty-CD20; 5) nawrót lub oporność na wcześniejsze leczenie;	1. Dawkowanie leku 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) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) 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 czasu protrombinowego (PT); 6) badania obrazowe pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR) – rodzaj badań obrazowych do decyzji lekarza;

6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni zanubrutynibem w monoterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych 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;		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) elektrokardiografia (EKG); 10) 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 (np. badania endoskopowe lub inne). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) badanie wykonywane 1 raz w miesiącu przez pierwsze 6 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej raz na 3 miesiące: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny u chorych z zaburzeniami czynności nerek, 2) raz na 3 miesiące – elektrokardiografia (EKG). 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badania wykonywane po 3. cyklach leczenia (w trakcie 4. miesiąca leczenia), po 6 cyklach leczenia (w trakcie 7. miesiąca leczenia), po 12 cyklach leczenia (w trakcie 13. miesiąca leczenia), po 24 cyklach leczenia (w trakcie 25. miesiąca
---	--	--

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		leczenia) oraz w dowolnym momencie w przypadku podejrzenia progresji choroby: a) TK lub PET-TK lub NMR lub inne badania oceniające zaawansowanie choroby w przypadku pozawęzłowej lokalizacji chłoniaka – rodzaj badań do decyzji lekarza. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, które były zastosowane podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
		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.
--	--	---

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego chorym na oporną lub nawrotową przewlekłą białaczkę szpikową albo chorym z nietolerancją <i>imatynibu</i> udostępnia się terapie: 1) <i>ponatynibem</i>, 2) <i>asciminibem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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 <i>BCR-ABL1</i> lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	1. Dawkowanie leków 1.1. ponatynib Zalecana dawka początkowa <i>ponatynibu</i> 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 poprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym. U świadczeniobiorcy, który osiągnął przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku <35%) lub <i>BCR-ABL</i> <10% IS (MR¹), można zredukować dawkę <i>ponatynibu</i> do 30 mg lub 15 mg raz na dobę, w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu <i>BCR-ABL</i>; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia lipazy 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 <i>ponatynibem</i>: 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. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 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. ponatynibem 1) przewlekła białaczka szpikowa w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia; 3) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) oporność na uprzednie leczenie związana z wykrytą mutacją T315I - lub b) wcześniejsze leczenie przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej, po których wystąpiła nietolerancja lub niepowodzenie leczenia zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). 1.2.2. 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	1.2. asciminib Zalecana dawka <i>asciminibu</i> 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 Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	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 stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; 6) dodatkowo w przypadku terapii <i>ponatynibem</i> (dotyczy tylko chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem): 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 – CCyR lub BCR-ABL <1% IS (MR²), 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.
---	--	---

European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W przypadku stwierdzenia oporności na dwie linie leczenia, jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorca jest kandydatem do przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych, należy wszcząć procedurę kwalifikacji do transplantacji. 3. Kryteria wyłączenia z programu lub kryteria zmiany inhibitora kinazy tyrozynowej 1) progresja choroby w trakcie leczenia wyrażająca się: a) utratą odpowiedzi hematologicznej, - lub b) utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej, - lub		3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) odpowiedź całkowita hematologiczna (CHR), b) odpowiedź cytogenetyczna: – całkowita (CCyR), – częściowa (PCyR), – mniejsza (mCyR), – minimalna (minCyR), – brak odpowiedzi (nCyR), c) odpowiedź molekularna: – większa (MMR, MR³), – głęboka (MR⁴ lub MR^{4,5} lub MR⁵), d) progresja choroby (PD), e) przeżycie bez progresji choroby (PFS), f) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej
---	--	--

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 (MR¹) 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;		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.
--	--	--

10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

ZAPOBIEGANIE KRWAWIENIOM U DZIECI Z HEMOFILIĄ A I B (ICD-10: D66, D67)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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 - osoczipochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu. 1.2. Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B wcześniej nie leczonych czynnikami krzepnięcia osoczipochodnymi (ludzkimi), u których wystąpiło nie więcej niż jedno krwawienie dostawowe,	1. Pierwotna profilaktyka krwawień 1) czynnik VIII osoczipochodny, 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 osoczipochodny: 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). 4) emicizumab: zalecana dawka nasycająca (tydzień 1 – 4): 3 mg/ kg m. c. raz na tydzień; zalecana dawka podtrzymująca (od 5.	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

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. 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. – osoczipochodnych (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. 1.4. Zapewnienie emicizumabu dla dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia, z ciężką postacią hemofilii A, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII poniżej 1% poziomu normalnego: 1) do ukończenia 2. roku życia; lub 2) u których występuje trudny dostęp dożylny definiowany jako konieczność usunięcia drugiego portu bądź brak możliwości założenia portu, nawet jeśli nie występowały u nich wcześniej krwawienia dostawowe; lub 3) u których występują co najmniej trzy udokumentowane krwawienia rocznie wymagających leczenia czynnikiem VIII,	tygodnia): 1,5 mg/kg m. c. raz na tydzień lub 3 mg/kg m. c. raz na 2 tygodnie lub 6 mg/kg m. c. raz na 4 tygodnie. Schemat leczenia dawkami podtrzymującymi należy wybrać na podstawie preferencji lekarza prowadzącego i pacjenta/opiekuna, z myślą o jak najlepszym przestrzeganiu schematu leczenia. 2. Wtórna profilaktyka krwawień 1) czynnik VIII osoczipochodny: a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie); b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie). 3) czynnik IX osoczipochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-400 j.m./kg m. c., na 28 dni (4 tygodnie). 4) emicizumab:	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 dościa żylnego, nie rzadziej niż raz w roku; 8) badanie ogólne moczu.
--	--	--

pomimo prawidłowo stosowanej profilaktyki czynnikiem VIII. 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: - dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu; - dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych 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: - dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu; - dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu. 2.3. Zapewnienie emicizumabu dla dzieci od 1 dnia życia z ciężką postacią hemofilii A, o poziomie aktywności czynników	zalecana dawka nasycająca (tydzień 1 – 4): 3 mg/ kg m. c. raz na tydzień; zalecana dawka podtrzymująca (od 5. tygodnia): 1,5 mg/kg m. c. raz na tydzień lub 3 mg/kg m. c. raz na 2 tygodnie lub 6 mg/kg m. c. raz na 4 tygodnie. Schemat leczenia dawkami podtrzymującymi należy wybrać na podstawie preferencji lekarza prowadzącego i pacjenta/opiekuna, z myślą o jak najlepszym przestrzeganiu schematu leczenia. 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: - pierwsza doba: 40 do 70 j.m./kg m. c., co 8 godzin; - od drugiej do piątej doby: 30 do 50 j.m./ kg m. c., co 12 godzin; - szósta doba jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.; - dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c. 3.2. Dawkowanie czynnika IX	2.3. Na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii możliwe jest, w ramach monitorowania leczenia, wykonanie następujących badań: - czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT); - 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; - w przypadku leczenia emicizumabem do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę chromogenną. 2.4. Oznaczanie inhibitora (nie dotyczy pacjentów otrzymujących profilaktykę z zastosowaniem emicizumabu) - do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdym 10 przetoczeniach; - powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy; - w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny; - w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce. W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia
---	--	--

krzepnięcia VIII poniżej 1% poziomu normalnego: 1) do ukończenia 2. roku życia; lub 2) u których występuje trudny dostęp dożylny definiowany jako konieczność usunięcia drugiego portu bądź brak możliwości założenia portu, nawet jeśli nie występowały u nich wcześniej krwawienia dostawowe; lub 3) u których występują co najmniej trzy udokumentowane krwawienia rocznie wymagających leczenia czynnikiem VIII, pomimo prawidłowo stosowanej profilaktyki czynnikiem VIII. 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.;	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 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; 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.
---	--	---

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: a) 2 roku życia dla pacjentów określonych w pkt 1.4 ppkt 1 oraz w pkt.2.3 ppkt 1; b) 18 roku życia dla pozostałych pacjentów. 6. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do momentu ukończenia 18. roku życia lub do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o	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.	
---	---	--

wylączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wylączenia. W przypadku braku skuteczności leczenia emicizumabem, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania emicizumabu, Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego.		
---	--	--

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 znormowania 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 podskórną, początkowa dawka produktu leczniczego zawierającego immunoglobulinę ludzką z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy powinna być taka sama jak w dotychczasowym leczeniu podskórnym, jednak może być dostosowana do 3- lub 4- tygodniowych odstępów między kolejnymi dawkami. Pierwszą infuzję ww. produktu leczniczego należy wykonać tydzień po ostatnim podaniu uprzednio stosowanej immunoglobuliny. 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) AIAT, 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) AIAT, 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.
--	---	---

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 - 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; - 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 - osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego; - stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat; - 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 - stężenie β-gonadotropiny kosmówkowej (β-HCG); - stężenie estradiolu; - stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu; - stężenie 17-hydroksyprogesteronu; - stężenie testosteronu; - test stymulacji wydzielania LH i FSH; - stężenie luteotropiny; - stężenie folikulotropiny; - stężenie prolaktyny; - profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb); - RTG śródreżcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego; - USG miednicy małej i nadnerczy; - badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego; - pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka; - 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 śródreżcza, 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.
--	--	---

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. W programie lekowym finansuje się leczenie niskorosłych dzieci z somatotropinową niewydolnością przysadki substancjami: 1. <i>Somatotropinum</i>; 2. <i>Somatrogon</i>. 1. Kryteria kwalifikacji 1) nawracające stany hipoglikemii w okresie niemowlęcym i/lub ponimowlęcym (po wykluczeniu częstych przyczyn hipoglikemii oraz wykluczeniu hiperinsulinizmu wrodzonego i pierwotnego niedoboru glikokortykosteroidów), szczególnie u dzieci ze współistniejącymi wadami linii pośrodkowej ciała, przede wszystkim w obrębie twarzo-czaszki; 2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich (nie dotyczy dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki (WNP) oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu (SNP) oraz dzieci,	1. Dawkowanie 1) Somatotropina podawana codziennie, wieczorem, w dawce: 0,1–0,33 mg (0,3–1,0 IU)/kg m.c./tydzień.1 2) Somatrogon podawany 1 x tydzień w iniekcjach podskórnych, zalecana dawka: 0,66 mg/kg; Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualnymi ChPL odpowiednich leku.	1. Badania przy kwalifikacji 1) u niemowląt i dzieci w okresie ponimowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, b) USG przeziemiączkowe lub obrazowanie OUN za pomocą MRI lub TK z kontrastem, c) co najmniej 5 – krotny pomiar stężenia hormonu wzrostu, optymalnie we śnie (stężenia GH ≥ 10 ng/ml nie stanowią przy tym podstawy do odstąpienia od terapii hormonem wzrostu), d) stężenie IGF-I i IGFBP3, (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków), e) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, f) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 3) dojrzałość płciowa na podstawie skali Tannera; 4) stężenia hormonu wzrostu w dwóch niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu;

u których terapię rozpoczęto w okresie niemowlęcym lub poniemowlęcym i dzieci po terapii chorób rozrostowych); 3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle; 4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości lub wyrównanie tych chorób (np. niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, itp.); 5) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu, a w przypadku dzieci z wielohormonalną niedoczynnością przysadki oraz dzieci z udokumentowanymi mutacjami związanymi z niedoborem hormonu wzrostu jednego testu, (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia, a test insulinowy po ukończeniu 5 roku życia); 6) wiek 3 lata i powyżej w przypadku terapii Somatrogonem; Do programu mogą być także włączone dzieci leczone hormonem wzrostu z innych źródeł, które przy przyjęciu terapii spełniały kryteria kwalifikacji do programu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) złuszczenie głowy kości udowej; 2) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej; 3) niezadowalający efekt leczenia hormonem wzrostu, tj. przyrost wysokości ciała poniżej 2 cm/rok;		5) stężenie IGF-1 i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków; (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków); 6) RTG śródreżcza 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 hematologa dziecięcego — dotyczy dzieci po terapii chorób rozrostowych; 20) konsultacja neurologa dziecięcego i neurochirurgiczna w przypadku uprzednich zabiegów neurochirurgicznych, przede
--	--	---

4) osiągnięcie wieku kostnego: a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę, b) powyżej 16 lat przez chłopca. 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego lub Zespołu koordynacyjnego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów; 8) o wyłączeniu z programu lekowego z powodu braku skuteczności proponowanej terapii, objawów niepożądanych lub powikłań, lekarz prowadzący każdorazowo informuje Zespół Koordynacyjny, na podstawie dokonywanych co 6 miesięcy (± 7 dni) wpisów do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych dostępnego za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa stosowanej terapii, uwzględniając przede wszystkim: a) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała w przypadku niemowląt; b) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI u pozostałych dzieci; c) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków); 4. Kryteria czasowego wyłączenia z programu		wszystkim z powodu uprzednich procesów rozrostowych w obrębie OUN; 21) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb, np. etiologii SNP/WNP. Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP). 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Po 90 dniach od rozpoczęcia terapii: 1) niemowlęta i dzieci w okresie poniemowlęcym z nawracającymi stanami hipoglikemii: a) ocena czy ustąpiły stany hipoglikemii, b) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, c) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków) (w przypadku stosowania hormonu wzrostu o przedłużonym działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki), d) kilkukrotny pomiar glikemii, po kilkugodzinnej przerwie od ostatniego posiłku, odsetek glikowanej hemoglobiny (HbA1c), e) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 2) u pozostałych dzieci — pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI; 3) pomiar stężenia IGF-1 i stężenia IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków) (w przypadku stosowania hormonu wzrostu o przedłużonym
--	--	--

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.		działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki); 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) (w przypadku stosowania hormonu wzrostu o przedłużonym działaniu zaleca się ocenę stężenia IGF-1 po 4-5 dniach od podania ostatniej dawki); 6) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. 2.3. Co 365 dni: 1) RTG śródreżcza i nadgarstka ręki niedominującej z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 2) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na⁺ i Ca⁺⁺ całkowitego i zjonizowanego);
--	--	---

		3) ocena przemian lipidowych: stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu oraz frakcji HDL- i LDL-cholesterolu; 4) ocena czynności wątroby: AIAT i AspAT; 5) stężenie 25(OH) wit. D (w uzasadnionych przypadkach); 6) konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka (w uzasadnionych przypadkach); 7) morfologia krwi z rozmazem; 8) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb. 2.4. Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu promującej wzrastanie: 1) co najmniej miesiąc po zakończeniu terapii test stymulacji wydzielania GH insuliną lub innym powszechnie uznanym stymulatorem sekrecji tego hormonu (5 lub więcej pomiarów stężeń GH) przed przekazaniem świadczeniobiorców pod opiekę jednostki endokrynologicznej zajmującej się leczeniem osób dorosłych w przypadku stężeń hormonu wzrostu <3 ng/ml). Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP). 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny lub lekarz prowadzący co 6 miesięcy (± 7 dni), na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie: 1) długość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała w przypadku niemowląt;
--	--	--

		2) pomiary antropometryczne: wysokość (z określeniem centyla i SDS) i masa ciała, tempo wzrastania (w cm/rok) oraz BMI u pozostałych dzieci; 3) stężenie IGF-I i IGFBP3, z określeniem proporcji stężeń obu tych związków (należy podać normę laboratorium, w którym mierzono stężenie tych związków); 4) działania niepożądane i bezpieczeństwo stosowania. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

LECZENIE NISKOROSŁYCHDZIECI Z CIĘŻKIM PIERWOTNYM 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 IGFBP₃; 3) pomiar stężenia glukozy we krwi; 4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii; 5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA_{1c}; 6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia fT₄; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na⁺); 8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem; 9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego; 10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb); 11) RTG śródreżcza 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 IGFBP₃; 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 śródreżcza 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.
--	--	---

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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 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. $> 50 \mu\text{mol/l}$, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. < 5 lub $> 40 \mu\text{mol/l}$, po wykluczeniu niedoboru witaminy B₁₂ i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B₁₂ lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów; 2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B₆ (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u	1. Dawkowanie 1.1 Zalecana dawka dobową 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 B₁₂ i kwasu foliowego we krwi; 5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego; 6) profil acylokamityn 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 B₁₂, kwasu foliowego, witaminy 25OHD₃ we krwi; 5) poziom Ca, PO₄³⁻, fosfatazy alkalicznej we krwi; 6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji; 7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);

dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy B₆; 3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych 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 Ultrazadkowych, 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 Ultrazadkowych po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA POMPEGO (ICD-10: E74.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) <i>alglukozydazę alfa</i>; 2) <i>awalglukozydazę alfa</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia <i>alglukozydazę alfa</i> lub <i>awalglukozydazę alfa</i> kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają poniższe kryteria: 1) diagnoza choroby Pompego na podstawie udokumentowanego braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym. 2) klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) lub nieklasyczna postać (późna, late-onset) choroby Pompego,	1. Dawkowanie 1.1. Alglukozydazę alfa Zalecana dawka wynosi 20 mg/kg masy ciała i jest podawana raz na dwa tygodnie. 1.2. Awalglukozydazę alfa Dawka maksymalna wynosi 20 mg/kg masy ciała i jest podawana raz na dwa tygodnie. Sposób podawania leku prowadzony zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych powyżej dawek zgodnie z aktualną ChPL poszczególnych leków.	1. Badania przy kwalifikacji 1.1. Postać klasyczna choroby 1) badanie aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry – potwierdzone badaniem molekularnym; 2) ocena miana CRIM (<i>cross-reactive immunological material</i>) – wynik badania nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, ale jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz w rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT); 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) aktywność CK, CK-MB; 7) gazometria; 8) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby; 9) pomiary antropometryczne masy i długości/wysokości ciała; 10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 11) EKG; 12) USG serca; 13) RTG klatki piersiowej; 14) konsultacja pulmonologiczna;

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

2. Zamiana enzymatycznej terapii zastępczej

Dopuszcza się zamianę enzymatycznej terapii zastępczej w przypadku:

- 1) wystąpienia objawów niepożądanych zagrażających życiu i niemożności prowadzenia dalszej terapii

albo

- 2) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię i Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, po ocenie parametrów układu oddechowego, czynności mięśni lub parametrów kardiologicznych zmiana taka może przynieść korzyść terapeutyczną dla pacjenta – na tej podstawie możliwa jest jednorazowa zamiana leczenia, z możliwością powrotu do leczenia pierwotnego.

- przy czym taka zamiana nie zmienia linii leczenia.

Znaczna progresja choroby w trakcie pierwotnie wdrożonego leczenia uniemożliwia taką procedurę.

3. Określenie czasu leczenia w programie

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

Do programu włączane są pacjentki, bez konieczności ponownej kwalifikacji po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia

15) konsultacja neurologiczna;

16) konsultacja kardiologiczna.

1.2. Postać nieklasyczna choroby

1) badanie aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry- potwierdzone badaniem molekularnym;

2) morfologia krwi z rozmazem;

3) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT);

4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP;

5) stężenie CK, CK-MB;

6) gazometria;

7) USG jamy brzusznej;

8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy);

9) pomiary antropometryczne masy i wysokości ciała;

10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;

11) EKG;

12) USG serca;

13) RTG klatki piersiowej;

14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej);

15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);

16) konsultacja laryngologiczna;

17) badanie audiometryczne;

18) badanie okulistyczne;

19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa);

20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);

umożliwiającego leczenie w programie, które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą albo laktacją i które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. 4. Kryteria wyłączenia 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia – weryfikację skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 2) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia, szczególnie wymagająca użycia respiratora zastępującego oddech pacjenta przez 24h/dobę przy braku stabilizacji lub poprawy w okresie 3 miesięcy; 3) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		21) konsultacja kardiologiczna; 22) konsultacja psychologiczna; 23) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 24) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel. 2. Monitorowanie leczenia Okresowej oceny skuteczności terapii oraz stanu pacjenta dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Pompego. Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii). 2.1. Co 180 dni: 2.1.1. Postać klasyczna choroby 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 3) stężenie CK, CK-MB; 4) gazometria; 5) ocena układu krzepnięcia (INR, APTT); 6) pomiary antropometryczne masy i długości/wysokości ciała; 7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 8) EKG; 9) USG serca; 10) USG jamy brzusznej; 11) RTG klatki piersiowej; 12) konsultacja neurologiczna; 13) konsultacja kardiologiczna;
---	--	--

		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) gazometria; 5) badanie spirometryczne (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 6) pomiary antropometryczne; 7) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 8) EKG; 9) USG serca 10) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania); 11) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru); 12) konsultacja kardiologiczna. 2.2. Co 365 dni: 2.2.1. Postać klasyczna choroby 1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa lub awalglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny). 2.2.2. Postać nieklasyczna choroby 1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa lub awalglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny);
--	--	---

		2) konsultacja ortopedyczna (opcjonalnie RTG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa); 3) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel; 4) konsultacja pulmonologiczna; 5) RTG klatki piersiowej; 6) konsultacja laryngologiczna (w tym audiologia). Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punktach 2.1. oraz 2.2.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III (ICD-10 E 75.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach programu udostępnia się terapię: 1) <i>imigluceraza</i> 2) <i>welagluceraza</i> 3) <i>eliglustatem</i> 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) brak lub znaczny niedobór aktywności β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym; 2) objawowa postać choroby;	1. Enzymatyczna terapia zastępcza Rozpoczęcie enzymatycznej terapii zastępczej u pacjentów z łagodnym fenotypem choroby powinno być poprzedzone omówieniem korzyści z terapii i potencjalnego ryzyka jej wprowadzenia. Sugeruje się stosowanie minimalnej skutecznej dawki leku. Dawka może być zmodyfikowana indywidualnie dla każdego pacjenta w oparciu o osiągnięte i utrzymane cele terapeutyczne. 1.1. Imigluceraza Dawka imiglucerazy wynosi 15-60 U/kg m.c. i jest podawana co 14 $\pm$ 3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych. 1.2. Welagluceraza alfa Dawka welaglucerazy wynosi 15-60 U/kg m.c. i jest podawana co 14 $\pm$ 3 dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych. 2. Terapia redukcji substratu 2.1. Eliglustat Przed rozpoczęciem leczenia eliglustatem należy	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie aktywności enzymu β-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych); 2) oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłącznie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem); 3) morfologia krwi pełna z rozmazem; 4) układ krzepnięcia: APTT, INR; 5) próby wątrobowe: ALT, AST; 6) oznaczenie poziomu witaminy D, B12, E; 7) oznaczenie poziomu cholesterolu całkowitego, LDL, HDL; 8) oznaczenie aktywności chitotriozydazy; 9) oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1; 10) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby i śledziony (z podaniem wymiarów); 11) pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała); 12) badanie densytometryczne kości (DXA); 13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego)

3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. imiglucerazą 1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I lub III; 1.2.2. welaglucerazą 1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I; 1.2.3. eliglustatem 1) rozpoznanie choroby Gauchera typu I; 2) wiek ≥ 18 lat; 3) potwierdzenie słabego (PM), średniego (IM) lub szybkiego (EM) metabolizmu z udziałem izoenzymu CYP2D6. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni imiglucerazą albo welaglucerazą albo eliglustatem w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, po zweryfikowaniu ich ogólnego stanu zdrowia umożliwiającego leczenie w programie, pacjentki które zostały wyłączone wcześniej z programu w związku z ciążą lub laktacją i które w momencie	określić metabolizm z udziałem izoenzymu CYP2D6. U pacjentów ze średnim (IM) i szybkim (EM) metabolizmem z udziałem izoenzymu CYP2D6 zalecana dawka eliglustatu to 84 mg dwa razy na dobę. U pacjentów ze słabym metabolizmem (PM) z udziałem izoenzymu CYP2D6 zalecana dawka eliglustatu to 84 mg raz na dobę. W przypadku pominięcia dawki, należy przyjąć 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.	lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych); 14) EKG, a w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc); 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) 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) USG jamy brzusznej z oceną wielkości wątroby i śledziony (z podaniem wymiarów); 4) oznaczenie aktywności chitotriozydazy; 5) ocena miana przeciwciał przeciwko imiglucerazie lub welaglucerazie (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultraradkowych); 2.2. Co 365 dni: 1) oznaczenie poziomu biomarkera Lyso-GB1;
---	--	---

wylączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia lub chorzy wylączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wylączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wylączenia. 3. Kryteria zmiany leku 3.1. Kryteria zmiany leczenia imigluceraży na welaglucerażę alfa oraz welaglucerażę alfa na imiglucerażę Świadczeniobiorcy aktualnie leczeni w związku z chorobą Gauchera typu I za pomocą enzymatycznej terapii zastępczej z zastosowaniem imigluceraży albo welagluceraży alfa mogą przejść na terapię imiglucerażą albo welaglucerażą alfa stosując taką samą dawkę i taką samą częstość dawkowania. 3.2. Kryteria zmiany leczenia z enzymatycznej terapii zastępczej (ETZ) na eliglustat: 1) nadwrażliwość na ETZ; 2) inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ). 3.3. Kryteria zmiany leczenia eliglustatem na enzymatyczną terapię zastępczą: W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych zdarzeń. 1) nadwrażliwość na eliglustat; 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 3) ciąża;	2) EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem); 3) RTG płuc; 4) USG układu sercowo-naczyniowego (w przypadku nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym); 5) pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania); 6) badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich; 7) konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach); 8) konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 9) konsultacja neurologiczna, EEG, MRI ośrodkowego układu nerwowego (w uzasadnionych przypadkach); 10) spirometria (w uzasadnionych przypadkach); 11) ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody; opcjonalnie). Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą
---	---

4) laktacja; 5) okresowe stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w charakterystyce produktu leczniczego typami metabolizmu i/lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem. 4. Kryteria wyłączenia 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia – weryfikację skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 2) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia; 3) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) okres ciąży lub karmienia piersią – dotyczy terapii eliglustatem; 5) wystąpienie nadwrażliwości na zastosowany lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności leczenia: <i>aktywność chitotriozydazy, poziom biomarkera Lyso-GB1, poziom hemoglobiny, liczba płytek krwi</i>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 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 Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) 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 obowiązkowym); 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT; 6) stężenie fosfatazy alkalicznej; 7) stężenie witamin E i D; 8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej; 9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony; 10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa; 11) RTG kości, 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 Ultrazadkowych, 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 kości, co najmniej RTG kręgosłupa; 19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z MUKOPOLISACHARYDOZĄ TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA) (ICD-10 E 76.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach programu lekowego udostępnia się terapię: 1) <i>idursulfazą</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) mukopolisacharydoza typu II (MPS II) zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry; 2) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);	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.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie molekularne w kierunku mukopolisacharydozy typu II; 2) układ krzepnięcia; 3) gazometria; 4) oznaczenie: AST, ALT, CK, bilirubina; 5) wydalanie glikozaminoglikanów z moczem; 6) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 7) parametry życiowe; 8) pomiary antropometryczne; 9) elektroencefalografia EEG; 10) elektrokardiografia EKG; 11) echokardiografia; 12) RTG klatki piersiowej; 13) USG jamy brzusznej; 14) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa; 15) RTG kręgosłupa; 16) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);

4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni idursulfazą w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia – weryfikację skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 2) znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia; 3) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób		17) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria); 18) badanie audiometryczne; 19) badanie ortopedyczne, z oceną ruchomości stawów; 20) badanie okulistyczne; 21) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci; 22) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych; 23) test 3/6 minutowego marszu; 24) test SF36. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Badania wykonywane co 6 miesięcy: 1) układ krzepnięcia; 2) gazometria; 3) oznaczenie: AST, ALT, CK, bilirubina; 4) wydalanie glikozaminoglikanów z moczem; 5) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne); 6) ocena parametrów życiowych; 7) pomiary antropometryczne; 8) elektroencefalografia EEG; 9) elektrokardiografia EKG; 10) echokardiografia; 11) USG jamy brzusznej; 12) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);
--	--	--

Ultraradkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 5) okres ciąży lub karmienia piersią; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		13) badanie ortopedyczne, z oceną ruchomości stawów; 14) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych; 15) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci; 16) test 3/6 minutowego marszu; 17) test SF36. 2.2. Badania wykonywane co 12 miesięcy: 1) RTG klatki piersiowej; 2) RTG kręgosłupa; 3) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza); 4) badanie audiometryczne; 5) badanie okulistyczne, z oceną dna oka; 6) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG). Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultraradkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych,
--	--	--

		dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii tj.: <i>wynik badania psychologicznego (określenie ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci)</i> oraz <i>wynik w teście 3/6 minutowego marszu</i>; 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 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 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, 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 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>, 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 ampulka), podawana drogą wziewną dwa razy na dobę, możliwe dokładnie co 12 godzin. Lek przyjmuje się w naprzemiennych cyklach, w których po 28 dniach podawania leku następuje 28 dni przerwy w jego podawaniu.	1a. Badania przy kwalifikacji do leczenia tobramycyną 1) stężenie kreatyniny; 2) stężenie mocznika; 3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie); 4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność <i>P. aeruginosa</i> 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 <i>Pseudomonas aeruginosa</i>; 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) krwiotłucie nie mniejsze niż 60 cm³ 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, nadciśnienie 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.
---	--	---

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. - Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej: - w kręczy karku u świadczeniobiorców poniżej 50 roku życia: badanie TK lub MRI głowy, poziom miedzi lub ceruloplazminy, ocena przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej, - w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni), - w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy, - w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne, - w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, - w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne; - Wykluczenie miastении 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) - Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.; - Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko; - Połowiczny kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko; - Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.; - Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.; - Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m. 1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox) - Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;	1. Badania przy kwalifikacji - Poziom miedzi; - Poziom ceruloplazminy; - Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji); - Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej; - 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 miastonii lub zespołu miastenicznego; 5) Objawy uogólnionego zakażenia; 6) Zapalenie okolicy miejsca podania; 7) Cięża; 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 100 j. (Xeomin) a) Kręczy 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.
---	---	---

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: postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w I linii leczenia: fumaran dimetylu, interferon beta-1a, interferon beta-1b, kladrybina, octan glatirameru, ofatumumab, okrelizumab i.v., okrelizumab s.c., ozanimod, peginterferon beta-1a, ponesimod, teryflunomid, ublituksymab; postać rzutowo - remisyjna (RRMS) w II linii leczenia: alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v., natalizumab s.c., okrelizumab i.v.; szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby (RES RRMS): alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v., natalizumab s.c.; postać pierwotnie postępująca (PPMS): okrelizumab i.v.; postać wtórnie postępująca (SPMS): interferon beta-1b, siponimod. 1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia fumaranem dimetylu, interferonem beta-1a, octanem glatirameru, ofatumumabem, okrelizumabem s.c., ozanimodem, peginterferonem beta-1a, ponesimodem, teryflunomidem, ublituksymabem, kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie	1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu alemtuzumabem, fingolimodem, fumaranem dimetylu, interferonem beta-1a, interferonem beta-1b, kladrybiną, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., octanem glatirameru, ofatumumabem, okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, peginterferonem beta-1a, ponesimodem, siponimodem, teryflunomidem, ublituksymabem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych aktualnych na dzień wydania decyzji Charakterystyk Produktów Leczniczych.	1. Badania przy kwalifikacji - badania biochemiczne w tym oceniające: - funkcje nerek, - funkcje wątroby, - funkcje tarczycy; - badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu wraz z mikroskopową oceną osadu; - morfologia krwi z rozmazem; - dla postaci rzutowo-remisyjnej oraz wtórnie postępującej rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.); - dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu i.v.): rezonans magnetyczny głowy i maksymalnie 2 odcinków rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu; (rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12

kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,4,8,9 albo 1,5,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia natalizumabem s.c. kwalifikowani są dorośli pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach 1, 4, 8, 9, 11 albo 1, 5, 8, 9, 11 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia okrelizumabem i.v. kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo 1,4,8,9 albo 1,6,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia kladrybiną kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo 1,4,8,9 albo 1,5,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia interferonem beta-1b kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,8,9 albo 1,7,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. Do leczenia siponimodem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,7,8,9 albo pacjenci spełniający kryterium 10. 1) rozpoznanie stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu; 2) w przypadku rozpoznania postaci rzutowo - remisyjnej stwardnienia rozsianego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją; 3) stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie; 4) pacjenci, u których stwierdzono nieskuteczność leczenia fumanem dimetylu lub interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub kladrybiną w ramach I linii leczenia lub octanem		miesiący 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 anti-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu iv. lub natalizumabu s.c. 15) badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu, lub kladrybiny;
---	--	--

glatirameru lub ofatumumabem lub okrelizumabem i.v. w ramach I linii leczenia lub okrelizumabem s.c. lub ozanimodem lub peginterferonem beta-1a lub ponesimodem lub teryflunomidem lub ublituksymabem definiowaną jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2; 5) 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; 6) 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.):		16) badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c., ofatumumabu, ublituksymabu; 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 i.v., okrelizumabu s.c.; 19) standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu i.v., okrelizumabu s.c.; 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 alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, ponesimodem, siponimodem, ublituksymabem może być prowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.
--	--	---

– przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd lub – przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2; 7) rozpoznanie aktywnej postaci wtórnie postępującego stwardnienia rozsianego definiowanej jako aktywność kliniczna lub radiologiczna w ciągu ostatnich 24 miesięcy oraz a) EDSS od 3,0 do 6,5 punktów, b) udokumentowana progresja EDSS niezwiązana z rzutem wynosząca co najmniej 1 punkt w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS < 6.0 lub co najmniej 0,5 punktu w przypadku pacjentów z aktualną wartością EDSS ≥ 6.0 odnotowaną w ciągu ostatnich 24 miesięcy; 8) wiek pacjenta: a) brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta lub octanem glatirameru, b) od 10 roku życia dla terapii teryflunomidem lub fingolimodem, c) wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu, natalizumabem i.v., peginterferonem beta-1a, d) wiek od 18 roku życia w przypadku terapii alemtuzumabem, kladrybiną, natalizumabem s.c., ofatumumabem, okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c., ozanimodem, ponesimodem, siponimodem, ublituksymabem, e) pacjentów poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów lub neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM oraz pod warunkiem przekazania opiekunom chorych/chorem kwalifikowanym do terapii pisemnej informacji na temat aktualnego stanu wiedzy na temat		3. Monitorowanie leczenia 1) badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 - 6 miesięcy (zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego); 2) postać rzutowo remisyjna - rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego); (dopuszcza się odstępianie od wykonania badania w przypadku pacjentek będących w ciąży); 3) postać pierwotnie postępująca oraz postać wtórnie postępująca - rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia wg decyzji lekarza prowadzącego; 4) w trakcie leczenia należy wykonywać badania laboratoryjne zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych; 5) monitorowanie leczenia siponimodem: a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) konsultacja okulistyczna 3 -4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku 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 każdym 12 miesiącach leczenia,
--	--	--

bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie; 9) brak przeciwwskazań do leczenia wskazanych w Charakterystykach Produktów Lekczniczych: – stosowanie antykoncepcji, leczenie w okresie ciąży i karmienia piersią zgodne z aktualnymi Charakterystykami Produktów Lekczniczych. Stosowanie leczenia w ciąży jest możliwe po przekazaniu pacjentce pisemnej informacji dotyczącej aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku u kobiet w ciąży oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na stosowanie leku; 10) do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii: a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia, b) pacjentów uprzednio leczonych danym lekiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu, c) pacjentów uprzednio leczonych przez okres min. 12 miesięcy lekiem modyfikującym przebieg choroby w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji (nie jest wymagane wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie ostatnich 12 miesięcy) oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.		6) monitorowanie leczenia figolimodem: a) badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące, c) badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, d) test 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 figolimodem, 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 i.v. lub natalizumabem s.c.: a) badanie morfologii krwi i poziomu transaminaz wątrobowych w 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych, b) badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, c) test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza, d) w przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN (neuronopatia
---	--	--

11) nietolerancja leczenia natalizumabem i.v. (w postaci dożylniej) z powodu zapalenia żył po wlewach dożylnych lub z powodu trudnego dostępu do żył. 2. Zamiana leków Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych. 1) w ramach I linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków fumaran dimetylu, interferon beta-1a, interferon beta-1b, kladrybina, octan glatirameru, ofatumumab, okrelizumab i.v., okrelizumab s.c., ozanimod, peginterferon beta-1a, ponesimod, teryflunomid, ublituksymab na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych albo b) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI albo c) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu) albo d) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta; 2) Przy stosowaniu kladrybiny w ramach I linii po zakończeniu dwóch cykli leczenia okres obserwacji w kolejnych latach trwa bez konieczności stosowania terapii wobec czego zmiana terapii możliwa jest a) w przypadku wystąpienia 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach niezależnie od zmian w MRI		komórek ziarniczych) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu, e) powtarzanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV z określeniem miana poziomu przeciwciał, u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anty-JCV co 6 miesięcy, f) u pacjentów zgłaszających objawy takie jak: zmniejszona ostrość widzenia, zaczerwienienie i ból oka należy skierować na badanie siatkówki w kierunku ARN (ostra martwica siatkówki). W przypadku klinicznego potwierdzenia ARN należy rozważyć zakończenie leczenia natalizumabem i.v. lub natalizumabem s.c. g) u pacjentów z wyższym ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą: – pacjenci z wszystkimi trzema czynnikami ryzyka PML (tj. z obecnością przeciwciał anty-JCV oraz stosujący leczenie natalizumabem od ponad 2 lat oraz wcześniej stosujący leki immunosupresyjne) lub – pacjenci z wysokim wskaźnikiem przeciwciał anty-JCV, leczeni natalizumabem od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku $\leq 0,9$ i znacząco wzrasta dla wartości powyżej 1,5 u pacjentów leczonych natalizumabem przez dłużej niż 2 lata. 8) monitorowanie leczenia alemtuzumabem: a) morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy, aktywność aminotransferaz i badanie moczu z
---	--	--

albo b) w przypadku wystąpienia co najmniej 1 nowego ogniska GD+ lub co najmniej 2 nowych ognisk w sekwencji T2 (nie jest wymagane wystąpienie rzutu); 3) w ramach II linii leczenia rzutowo - remisyjnej postaci SM (RRMS) dopuszcza się możliwość zamiany leków alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v., okrelizumab i.v. 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; 4) w ramach leczenia szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zamiany leków alemtuzumab, fingolimod, kladrybina, natalizumab i.v. na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 5) u pacjentów leczonych natalizumabem i.v., którzy nie tolerują leczenia w formie dożyłnej (zapalenia żył po wlewach dożylnych lub trudny dostęp do żył) dopuszcza się zmianę na natalizumab s.c. 6) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c. w ramach II linii leczenia dopuszcza się zmianę leczenia na alemtuzumab lub fingolimod lub kladrybinę lub okrelizumab i.v. w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na		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) 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 wirerii HBV i HCV oraz RTG klatki piersiowej. 9) monitorowanie leczenia okrelizumabem i.v., okrelizumabem s.c. lub ublituksymabem: 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,
---	--	--

bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 7) u pacjentów leczonych natalizumabem s.c. w ramach szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) dopuszcza się zmianę leczenia na alemtuzumab lub fingolimod lub kladrybinę w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku nieskuteczności stosowanej terapii opisanej w pkt. 4; 8) w ramach leczenia wtórnie postępującej postaci SM (SPMS) dopuszcza się zamianę leków interferon beta-1b, siponimod na inny lek z tej grupy w przypadku: a) wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego albo b) w przypadku wzrostu EDSS o 1 punkt w czasie 12 miesięcy leczenia; 9) z powodu planowanej lub potwierdzonej ciąży oraz w okresie karmienia piersią możliwa jest czasowa zmiana terapii na interferon beta lub octan glatirameru z możliwością powrotu do wcześniej stosowanej terapii po zakończonej ciąży albo jej planowaniu albo karmieniu; 10) pacjentom leczonym alemtuzumabem, fingolimodem, natalizumabem i.v., natalizumabem s.c., umożliwia się deeskalację terapii na preparaty fumaranu dimetylu, interferonu beta, octanu glatirameru, ofatumumabu, okrelizumabu s.c.,		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 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 kontynuację 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
--	--	---

ozanimodu, ponesimodu, peginterferonu beta-1a, teriflunomidu, ublituksymabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. 11) pacjentom leczonym okrelizumabem i.v. w ramach II linii leczenia umożliwia się deeskalację terapii na preparaty fumaranu dimetylu, interferonu beta, octanu glatirameru, ofatumumabu, ozanimodu peginterferonu beta-1a, ponesimodu, teriflunomidu, ublituksymabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. 12) pacjentom leczonym kladrybiną w ramach II linii leczenia lub w ramach szybko rozwijającej się, ciężkiej postaci SM (RES RRMS) umożliwia się deeskalację terapii na preparaty fumaranu dimetylu, interferonu beta, octanu glatirameru, ofatumumabu, okrelizumabu s.c., ozanimodu peginterferonu beta-1a, ponesimodu, teriflunomidu, ublituksymabu z powodu bezpieczeństwa lub jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta. 13) w przypadku leczenia okrelizumabem i.v lub okrelizumabem s.c. w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać alemtuzumab lub fingolimod lub natalizumab i.v. lub kladrybinę (jeżeli dotychczas nie była stosowana). 14) w przypadku leczenia kladrybiną w I linii leczenia przy zmianie leczenia na II linię należy wybrać alemtuzumab lub fingolimod lub natalizumab i.v. lub okrelizumab i.v. (jeżeli dotychczas nie był stosowany). 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;		opublikowanymi przez NFZ.
--	--	----------------------------------

- 2) spełnienie kryteriów braku skuteczności leczenia zawartych w pkt 4 lub wyczerpanie dostępnych opcji terapeutycznych w ramach programu lekowego
- 3) w przypadku postaci rzutowo - remisyjnej:
 - a) przejście w postać wtórnie postępującą przy czym możliwa jest kontynuacja leczenia w programie pacjentów spełniających kryteria kwalifikacji do leczenia siponimodem lub interferonem beta 1b w ramach SPMS;
 - b) stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 7,0 (w trakcie remisji);
- 4) w przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML) postępować zgodnie z zaleceniami dotyczącymi określonego produktu leczniczego 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 i.v. oraz natalizumabem s.c.

Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby.

Przy stosowaniu kładrybiny w tabletkach, pełna ocena skuteczności

powinna być przeprowadzona po podaniu całkowitej dawki leku, czyli po dwóch cyklach leczenia. Jednak w przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu leczenia kładrybiną w tabletkach pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć wcześniejszą zmianę leczenia. Okres obserwacji dla kładrybiny 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 (fumaranem dimetylu lub interferonem beta-1a lub interferonem beta-1b lub kładrybiną lub octanem glatirameru lub ofatumumabem lub okrelizumabem i.v, lub okrelizumabem s.c. lub ozanimodem lub peginterferonem beta-1a lub ponesimodem lub teryflunomidem lub ublituksymabem) uzasadniający zmianę leczenia na leki stosowane w II linii definiowany jest jako wystąpienie 1 lub więcej rzutów w poprzednich 12 miesiącach oraz co najmniej 1 nowe ognisko GD+ lub co najmniej 2 nowe ogniska w sekwencji T2.

Za brak skuteczności leczenia lekami II linii leczenia (alemtuzumabem lub fingolimodem lub kładrybiną lub natalizumabem i.v. lub natalizumabem s.c. lub okrelizumabem i.v. (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej)) uzasadniający zmianę bądź zakończenie leczenia, przyjmuje się przejście w postać wtórnie postępującą SM albo wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów:

1) liczba i ciężkość rzutów:

a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami

lub

b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia;

2) progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu

neurologicznego o co najmniej: a) 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5, b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0; 3) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdym 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych: a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+), b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2. Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem i.v. (w przypadku postaci pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych: 1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy; 2) EDSS powyżej 8,0. W przypadku leczenia postaci wtórnie postępującej (SPMS) za brak skuteczności leczenia siponimodem lub interferonem beta-1b przyjmuje się jedno z poniższych: 1) pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt. w ciągu 12 miesięcy; 2) EDSS powyżej 8,0. 5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów braku skuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej		
--	--	--

kwalifikacji pacjenta do programu, po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.		
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW PEDIATRYCZNYCH ZE SPASTYCZNOŚCIĄ KOŃCZYN Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD–10: I61, I63, I69, G35, G80, G82, G83, T90, T91)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapię: 1) <i>toxinum botulinum</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) dzieci od 2 roku życia; 2) pacjenci: a) po przebytych niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala, lub b) po przebytych urazach OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala, lub c) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35), lub d) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80), lub	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Maksymalne dawkowanie: 1) Botox: a) dawkowanie na sesję: kończyna/kończyny górna/górne i dolna/dolne 8 j./kg mc. lub 300 j. – w zależności, która dawka jest niższa (tylko jedna kończyna górna – 6 j./kg mc., tylko jedna kończyna dolna – 8 j./kg mc. lub 300 j. – w zależności, która dawka jest niższa), albo b) maksymalna dawka całkowita leku na rok leczenia to 24 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie i sesje terapeutyczne zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza. 2) Dysport: a) dawkowanie na sesję: kończyna/kończyny górna/górne i dolna/dolne 30 j./kg mc. lub 1000	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie neurologiczne: a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS, b) 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 lub wg decyzji lekarza prowadzącego ale nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się: 1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania kolejnych dawek leku;

e) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83). 3) pacjenci z potwierdzoną spastycznością: a) kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – $MAS \geq 2$) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej; lub b) kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – $MAS \geq 2$) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej; 4) brak przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Pacjenci leczeni toksyną botulinową poddawani są indywidualnej rehabilitacji ruchowej zgodnej z określonymi celami leczenia funkcjonalnego w okresie poprzedzającym i następującym 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 4 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Po ukończeniu 18 lat pacjenci mogą kontynuować leczenie w programie lekowym B.57. 3. Kryteria wyłączenia z programu	j. – w zależności, która dawka jest niższa (tylko jedna kończyna górna – 21 j./kg mc. lub 840 j. – w zależności, która dawka jest niższa, tylko jedna kończyna dolna – 30 j./kg mc. lub 1000 j. – w zależności, która dawka jest niższa). Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 4 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni. Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia lub ultrasonografii (USG).	2) ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzaną za pomocą skali CGI-IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale); 3) 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), 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) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku. Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego o ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS względem wartości wyjściowych; 2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia; 8) ciąża lub karmienie piersią.		
--	--	--

Załącznik B.31.

LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP) (ICD-10 I27, I27.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA OGÓLNE	
Kryteria włączenia	1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg aktualnej klasyfikacji towarzystw naukowych ESC, ERS, AEPC); 2) udokumentowany aktualnie lub w przeszłości brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów) lub 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 dziedzicznym tętniczym nadciśnieniem płucnym; 3) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria włączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych. Kryteria włączenia muszą być spełnione łącznie, chyba że w opisie programu wskazane jest inaczej.
Czas leczenia	Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.
Kryteria wyłączenia	1) brak współpracy ze strony pacjenta w zakresie prowadzenia terapii lub okresowej kontroli jej skuteczności; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku; 3) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi które wskazują konieczność zmiany terapii na inną (w obrębie lub poza programem leczenia TNP); 4) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria wyłączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych.
Ocena klasy czynnościowej	Oceny klasy czynnościowej należy dokonywać zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opublikowaną w Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Za równorzędną należy uznać klasyfikację New York Heart Association (NYHA).
Zalecenia	U miesiączkujących dziewcząt i kobiet w wieku rozrodczym należy zalecać stosowanie skutecznej metody antykoncepcji.

WYKAZ SKRÓTÓW			
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia	ChPL	Charakterystyka produktu leczniczego
AsPAT	Aminotransferaza asparginowa	TNP	Tętnicze nadciśnienie płucne
AIAT	Aminotransferaza alaninowa	WHO	Światowa Organizacja Zdrowia
BNP/ NT-proBNP	Peptyd natriuretyczny typu B/N-końcowy fragment proBNP	ESC	European Society of Cardiology
ERS	European Respiratory Society	AEPC	Association for European Pediatric Cardiology

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA SZCZEGÓŁOWE

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<u>A. Leczenie TNP u dorosłych (≥18 lat)</u> 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 przeciwwskazań 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;	<u>A. Leczenie TNP u dorosłych</u> 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 żyłnej i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia.

5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybiczych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem; 6) retinitis pigmentosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION); 7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh).	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.	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.
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 przeciwwskazań wymienionych w ChPL, b) iloprost 1) ciężka choroba niedokrwienności serca lub niestabilna dławica piersiowa; 2) zawał mięśnia sercowego przeżyty 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;	Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożności 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;	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 przeżyty w okresie ostatnich 6 miesięcy; 8) nieleczone 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 riociguatu 7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL. 7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii. 8. Dawkowanie seleksypagu, sildenafilu 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 zawierające 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 macytentanu 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, terapię skojarzone dwulekowe oraz terapię skojarzone trójkowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia. <u>B. Leczenie TNP u dzieci</u> 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 żyłnej 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. <u>B. Leczenie TNP u dzieci (<18 lat)</u> 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 pigmentosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION). II. LECZENIE II RZUTU II.A. MONOTERAPIA 1. Monoterapia treprostinilem albo iloprostem albo epoprostenolem 1.1. Kryteria włączenia Określono w punkcie A.II z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje. II.B. TERAPIA SKOJARZONA		
--	--	--

1. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów: a) bosentan, b) sildenafil, c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol. 1.1. Kryteria włączenia 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej - lub 2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia - lub 3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy epoprostenolu. Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny. Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza. 1.2. Kryteria wyłączenia a) bosentan – określono w punkcie B I 1.2; b) sildenafil – określono w punkcie B I 2.2; c) iloprost – określono w punkcie A II.A 1.2 b; d) treprostinil - określono w punkcie A II.A 1.2 c; e) epoprostenol - określono w punkcie A II.A 2.2.		
--	--	--

C. KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB		
<u>PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT</u>		
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.		

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego finansowane są następujące terapie choroby Leśniowskiego–Crohna (ChL-C): 1) infliksymab; 2) adalimumab; 3) wedolizumab; 4) ustekinumab; 5) upadacytynib. Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo adalimumabu albo wedolizumabu albo ustekinumabu albo upadacytynibu w przypadku wystąpienia nieakceptowalnych objawów niepożądanych lub nietolerancji leczenia lub braku odpowiedzi na leczenie zdefiniowanej w punkcie 3. poniżej. W momencie zmiany leczenia w ramach programu lekowego nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie 1) wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem;	1. Dawkowanie Dawkowanie infliksymabu, adalimumabu, wedolizumabu, ustekinumabu, upadacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL). 2. Modyfikacje dawkowania Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) morfologia krwi obwodowej, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) kreatynina; 5) białko C-reaktywne; 6) badanie ogólne moczu; 7) test Quantiferon; 8) antygen HBs; 9) przeciwciała anty HCV; 10) antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo); 11) stężenie elektrolitów w surowicy; 12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);

2) ciężka lub umiarkowana, czynna postać ChL-C (wynik w skali PCDAI ≥ 30 punktów w przypadku pacjentów od 6 lat do momentu ukończenia 18 lat albo wynik w skali CDAI >220 punktów u dorosłych pacjentów) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia lub pacjenci z ChL-C cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby (leczenie wedolizumabem lub ustekinumabem lub upadacytynibem wyłącznie po wcześniejszym niepowodzeniu anty-TNF w tej grupie pacjentów) lub pacjenci po odcinkowej resekcji jelita z powodu ChL-C, u których badanie endoskopowe wykonane w ramach nadzoru wykazało zmiany zapalne w okolicy zespolenia (≥ 2 punktów w skali Rutgeerts) lub w innych odcinkach jelita, pomimo stosowanego leczenia immunosupresyjnego lub po przerwaniu leczenia immunosupresyjnego z powodu powikłań lub nietolerancji – wyłącznie w przypadku leczenia infliksymabem lub adalimumabem; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 4) brak przeciwwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL (jeśli dotyczy). <u>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</u>		14) anty HbC total; 15) określenie początkowej wartości wskaźnika CDAI u dorosłych albo PCDAI u dzieci i młodzieży; 16) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia upadacytynibem. 2. Monitorowanie terapii infliksymabem lub adalimumabem lub ustekinumabem lub wedolizumabem lub upadacytynibem 1) po zakończeniu leczenia indukcyjnego świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej (w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do leczenia upadacytynibem – morfologia krwi z rozmazem z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów), CRP, ALAT i AspAT, dodatkowo w przypadku leczenia upadacytynibem wykonuje się oznaczenia stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i trójglicerydów. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci); 2) w leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej (w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do leczenia upadacytynibem – morfologię krwi
--	--	--

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo adalimumabem albo wedolizumabem albo ustekinumabem albo upadacytynibem, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów. 1) infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni, 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. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI; 3) ustekinumab a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylniej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej),		z rozmazem z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów), CRP, ALAT i AspAT oraz stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL i trójglicerydów (wyłącznie w przypadku upadacytynibu) oraz ocenę CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci) przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni. W celu optymalizacji leczenia biologicznego oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia, można wykonać oznaczenie poziomu leku biologicznego przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku. Dodatkowo można wykonać 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. 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.
---	--	--

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: 6 tygodni, z możliwością dodatkowego podania leku w 10 tygodniu w przypadku braku odpowiedzi na leczenie (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej), 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; 5) upadacytynib a) terapia indukcyjna: 12 – 24 tygodni, b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem 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. 3. Zakończenie leczenia w programie 1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;		3. Monitorowanie skuteczności leczenia Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wskaźników skuteczności terapii finansowanych w programie, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, tj.: – odpowiedź na leczenie rozumiana jako stwierdzenie spadku aktywności CDAI o co najmniej 70 pkt oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI < 30 punktów – ocena na koniec okresu leczenia indukcyjnego; – remisja kliniczna rozumiana jako CDAI poniżej 150 pkt albo PCDAI < 30 punktów, przy jednoczesnym braku konieczności stosowania steroidów i braku leczenia chirurgicznego, w przypadku gdy oceniany lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego; – utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie
--	--	--

5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		indukcyjne - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; - konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; - wystąpienie istotnych działań niepożądanych rozumiane jako konieczność zaprzestania terapii danym lekiem z powodu działań niepożądanych - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia. 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. <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i> dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej
---	--	---

		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW (RZS)		
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>certolizumabem pegol</i>, 3) <i>etanerceptem</i>, 4) <i>golimumabem</i>, 5) <i>infliksymabem</i>, 6) <i>tocilizumabem</i>, 7) <i>rytuksymabem</i>, 8) <i>baricytynibem</i>, 9) <i>tofacytynibem</i>, 10) <i>upadacytynibem</i>, 11) <i>filgotynibem</i>, 12) <i>anakinrą</i>, 13) <i>kanakinumabem</i>. <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u>	1. Dawkowanie 1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib, tofacytynib, upadacytynib, filgotynib, anakinrę i kanakinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 2) Zmiana postaci dożylniej 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	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 lub kanakinumabem - morfologia

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 terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS oraz, u których nastąpiło niepowodzenie terapii co najmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi, takimi jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz leki antymalaryczne, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej) lub po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej, która była zastosowana przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów z występowaniem czynników złej prognozy zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami EULAR oraz do terapii anakinrą albo kanakinumabem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem choroby Still'a z początkiem w wieku dorosłym (AOSD) po niepowodzeniu wcześniejszej terapii, w zależności od postaci klinicznej choroby, glikokortykosteroidami (GKS) lub co najmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami: 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	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, anakinra i kanakinumab 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.	krwi z rozmazem oraz 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 stężenia 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 lub
--	--	---

– 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 lub – z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń, z zastrzeżeniem, że do terapii anakinrą albo kanakinumabem 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 upadacytinibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i wyłącznie w przypadku,		kanakinumabem – po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytinbem lub tofacytynibem lub upadacytinibem lub filgotynibem lub anakinrą lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów 2) oznaczenie płytek krwi (PLT); 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) oznaczenie stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytinbem lub tofacytynibem lub upadacytinibem lub filgotynibem oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności
---	--	--

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 – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL - lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii inhibitorem TNF alfa po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 3) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą - lub		zastosowanej terapii z uwzględnieniem objawów układowych u pacjentów z AOSD. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc). 2.2. Monitorowanie terapii rytuksymabem – po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać: 1) morfologię krwi; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia immunoglobulin G i M w surowicy; oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia. Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od każdego ponownego podania leku.
--	--	--

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

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). 5) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii tofacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.		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.
---	--	--

6) Do terapii baricytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS). Kwalifikacja do terapii baricytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 7) Do terapii upadacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych: a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo filgotynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub		
--	--	--

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii upadacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

8) Do terapii filgotynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 1a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo anakinrą albo kanakinumabem u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii filgotynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od

podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści. 9) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z chorobą Stilla u dorosłych (AOSD), poddani leczeniu co najmniej: a) dwoma inhibitorami TNF alfa albo rytuksymabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo kanakinumabem zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub – stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane. 10) Do terapii kanakinumabem kwalifikują się także pacjenci z AOSD, poddani wcześniej leczeniu jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem albo rytuksymabem albo anakinrą zastosowanymi zgodnie z kryteriami programu, u których: – wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą lub – wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub		
---	--	--

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie, lub u których zastosowanie w/w leków w programie jest przeciwwskazane lub z uwagi na postać kliniczną AOSD nie jest wskazane. 11) W ramach programu lekowego u pacjentów RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu, filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane. 12) W ramach programu lekowego u pacjentów z AOSD nie jest możliwe zastosowanie więcej niż jedenastu leków, w tym siedmiu leków biologicznych, baricytynibu, tofacytynibu, upadacytynibu i filgotynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane. 13) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 14) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 15) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego albo tofacytynibem albo baricytynibem albo upadacytynibem albo filgotynibem w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.		
--	--	--

- 16) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym.
- 17) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego.
- 18) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL).
- 19) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL.
- 20) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR.

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

2. Czas leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Nie stwierdzenie po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem $DAS\ 28 \leq 5,1$ albo $DAS \leq 3,7$,

albo SDAI ≤ 26 lub nie stwierdzenie po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry albo kanakinumabu znacznego zmniejszenia objawów układowych. 2) Nie stwierdzenie po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe. Miernikiem niskiej aktywności choroby jest DAS 28 $\leq 3,2$ albo DAS $\leq 2,4$, albo SDAI ≤ 11. Miernikiem remisji jest wartość DAS 28 $\leq 2,6$ albo DAS $\leq 1,6$, albo SDAI $\leq 3,3$ lub nie stwierdzenie po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu albo upadacytynibu albo filgotynibu albo anakinry albo kanakinumabu ustąpienia objawów układowych. 3) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrzenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe. 4) Wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia. 5) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą. 6) Wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL. 7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza. 8) Brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
--	--	--

9) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.

4. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji lub niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu lub upadacytynibu lub filgotynibu, nastąpił wzrost wartości:
 - a) DAS 28 powyżej 3,2
albo
 - b) DAS powyżej 2,4
albo
 - c) SDAI powyżej 11.
- 3) Pacjent z chorobą Still'a u dorosłych (AOSD) włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.

4) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby lub ustąpienie objawów układowych. 5) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		
MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW (MIZS)		
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>etanerceptem</i>, 3) <i>sekukinumabem</i>, 4) <i>tocilizumabem w postaci dożyłnej</i>, 5) <i>anakinrą</i>, 6) <i>tofacytynibem</i>, 7) <i>kanakinumabem</i>. <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. Dawkowanie 1) Adalimumab, etanercept, sekukinumab, tocilizumab w postaci dożyłnej, anakinrę, tofacytynib i kanakinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii. 2) Powyższe leki (z wyjątkiem sekukinumabu, który może być podawany z lub bez metotreksatu) należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań	1. Badania przy kwalifikacji do programu 1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 2) obecność antygenu HBs; 3) przeciwciała anty-HBc; 4) przeciwciała anty-HCV; 5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 7) EKG z opisem. 8) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożyłnej, anakinrą, tofacytynibem lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 9) oznaczenie płytek krwi (PLT);

1) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożylniej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania: a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB. lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo 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 objema 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 tofacytynibem kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia, spełniających kryteria rozpoznania:	do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu, tocilizumabu w postaci dożylniej, anakinry, tofacytynibu i kanakinumabu z innym, wymienionym w programie klasycznym lekiem modyfikującym przebieg choroby/immunosupresyjnym w obowiązującej dawce. Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po 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.	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 dożylniej lub tofacytynibem. 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 dożylniej, anakinrą, tofacytynibem lub kanakinumabem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
--	--	---

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 objemami tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym albo c) młodzieńczego łuszczykowego zapalenia stawów zgodnie z kryteriami ILAR z obecnością co najmniej 3 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i tkliwością oraz co najmniej jednego aktywnego (lub w wywiadzie) zapalenia przyczepów 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) 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 dożylniej lub tofacytynibem oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ACR i stosowanych rutynowo w MIZS. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach (± 1 miesiąc). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii.
--	--	--

3) 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 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.		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;
---	--	---

4) Ponadto do programu kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia (do terapii tocilizumabem w postaci dożyłnej lub kanakinumabem) lub pacjenci od 8 miesiąca życia z masą ciała co najmniej 10 kg (do terapii anakinrą), z rozpoznaniem: a) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z dominującymi objawami układowymi, u których mimo stosowania przez co najmniej 2 tygodnie pełnych dawek glikokortykosteroidów (GKS) (doustnie 1-2 mg/kg m.c./dobę, maksymalnie 60 mg/dobę lub metyloprednizolonu 10-30 mg/kg m.c./wlew przez 3 dni i ewentualnie powtarzane przez kolejne tygodnie) utrzymuje się lub wystąpiła ponownie gorączka i utrzymują się układowe objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza 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. 5) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa, sekukinumabem, tofacytynibem albo tocilizumabem w postaci dożyłnej w ramach programu lekowego, u których: a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub		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) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 6) Do terapii anakinrą kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani leczeniu co najmniej: – dwoma inhibitorami TNF alfa oraz tocilizumabem oraz kanakinumabem lub – tocilizumabem oraz kanakinumabem, u których zastosowanie pozostałych leków w programie jest przeciwwskazane, ponieważ: i. wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub ii. wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub iii. stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 7) Do terapii kanakinumabem kwalifikują się także pacjenci z MIZS o początku uogólnionym, poddani wcześniejszemu leczeniu inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem w postaci dożylniej lub anakinrą, u których: a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku lub		
--	--	--

b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego). 8) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni sekukinumabem, tocilizumabem w postaci dożylniej albo anakinrą albo tofacytynibem albo kanakinumabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie – po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych. 9) Pacjent z rozpoznaniem MIZS, który ukończył 18 rok życia może być leczony, w zależności od obrazu klinicznego choroby, na zasadach określonych w programach lekowych dotyczących terapii RZS albo ŁZS, albo ZZSK. Jeśli obraz choroby nie odpowiada jednej z tych postaci, leczenie prowadzone jest w programie dotyczącym MIZS. 10) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie. 11) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 12) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m²/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę, cyklosporyny A – 3-5 mg/kg m.c./dobę, chlorochiny (ewentualnie		
--	--	--

hydroksychlorochiny) – 4-6 mg/kg m.c./dobę, azatiopryny – 1,0-2,5 mg/kg m.c./dobę, jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane. 13) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną. 14) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie. 15) W przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego. 16) Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL). 17) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. 18) Brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ACR. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Czas leczenia w programie		
--	--	--

- 1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;
- 2) Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia, może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy dotyczący leczenia MIZS do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach (± 1 miesiąc) terapii daną substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako:
 - a) poprawę o co najmniej 30% od wartości wyjściowych po 3 pierwszych miesiącach terapii według oceny Gianniniego – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami ze strony stawów,
 - 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 4a) i 4b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach (± 1 miesiąc) potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach (± 1 miesiąc). 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 lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe.

4. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 3. ppkt 5), podawania substancji czynnej leku zastosowanej zgodnie z zapisami programu i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, definiowanej jako brak utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Pacjent z MIZS o początku uogólnionym włączany jest ponownie do leczenia w przypadku nawrotu czynnych objawów układowych.
- 3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 lub ustąpienie objawów układowych.
- 4) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

LECZENIE CHORYCH Z ŁUSZCZYCOWYM ZAPALENIEM STAWÓW (ŁZS) (ICD-10: L40.5, M07.1, M07.2, M07.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>certolizumabem pegol</i>, 3) <i>etanerceptem</i>, 4) <i>golimumabem</i>, 5) <i>infliksymabem</i>, 6) <i>iksekizumabem</i>, 7) <i>sekukinabem</i>, 8) <i>tofacytynibem</i>, 9) <i>upadacytynibem</i>, 10) <i>ryzankizumabem</i>, 11) <i>guselkumabem</i>, 12) <i>bimekizumabem</i>, <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. Dawkowanie Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, tofacytynib, upadacytynib, ryzankizumab, guselkumab i bimekizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA /ASAS. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS. 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych	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) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;

1) ustalone rozpoznanie ŁZS postawione na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej: 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; 2) 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 rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3	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 pierwsze 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.	11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anti-HBc; 13) przeciwciała anti-HCV; 14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 15) oznaczenie stężenia 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 Po 3 miesiącach ($\pm$ 1 miesiąc) i 6 miesiącach ($\pm$ 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
--	--	---

łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz – ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz – ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm albo ii. wg DAS 28: – wartość DAS 28 – większa niż 3,2 albo iii. wg DAS: – wartość DAS – większa niż 2,4. U pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – PASI większe niż 10 oraz – DLQI większe niż 10 oraz – BSA większe niż 10;		4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
---	--	--

program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajęcią mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgniastych niż określono w pkt 1. ppkt 2)i; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych)- pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów: – wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS $\geq 2,1$ – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, – ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm; 3) niezadowolająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS definiowana jako nieskuteczność leczenia: a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych, takich jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz cyklosporyna, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR/GRAPPA/ASAS, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej). U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgniastych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma		6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR / GRAPPA / ASAS i stosowanych rutynowo w ŁZS. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać
---	--	--

niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4 tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów; b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii; 4) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 5) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 6) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem		odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Adekwatna odpowiedź na leczenie

1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS:

a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:

- po 3 miesiącach ($\pm$ 1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,
- po 6 miesiącach ($\pm$ 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,

b) wg DAS 28 lub DAS:

- po 3 miesiącach ($\pm$ 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika $DAS\ 28 \leq 5,1$ albo $DAS \leq 3,7$,
- po 6 miesiącach ($\pm$ 1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika $DAS\ 28 \leq 3,2$ albo $DAS \leq 2,4$;

2) w przypadku postaci osiowej ŁZS:

- a) po 3 miesiącach ($\pm$ 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,
- b) po 6 miesiącach ($\pm$ 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$.

3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziesięciu leków, w tym ośmiu leków biologicznych, tofacytynibu i upadacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane; 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu. 4. Czas leczenia w programie 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;		
---	--	--

2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 1) dla postaci obwodowej oraz pkt 2. ppkt 2) dla postaci osiowej po 6 miesiącach terapii, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Dalsze leczenie w programie nie jest możliwe bez uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii w ramach programu.

5. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.;
- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą 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.		
--	--	--

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

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>adalimumabem</i>, 2) <i>certolizumabem pegol</i>, 3) <i>etanerceptem</i>, 4) <i>golimumabem</i>, 5) <i>infliksymabem</i>, 6) <i>sekukinumabem</i>, 7) <i>iksekizumabem</i>, 8) <i>upadacytynibem</i>, 9) <i>tofacytynibem</i>, 10) <i>bimekizumabem</i>, <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	1. Dawkowanie Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, sekukinumab, iksekizumab, upadacytynib, tofacytynib i bimekizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywania się tego stanu	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 anti-HBc; 13) przeciwciała anti-HCV;

Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroiliitis w badaniu RTG; 2) z aktywną postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie; 3) z niezadowalającą odpowiedzią na co najmniej dwa niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii. Niezadowalająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia; 4) aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów: a) wartość BASDAI ≥ 4 lub wartość ASDAS $\geq 2,1$, określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; b) ból kręgosłupa ≥ 4 na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni; c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm;	minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowanym leczeniem. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	14) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem; 16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 17) EKG z opisem; 18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroiliitis umożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich. 2. Monitorowanie leczenia Po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) i 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów
--	--	---

5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną; 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod		(lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i trójglicerydów (lipidogram) u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem lub tofacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w ZZSK. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych
---	--	--

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Adekwatna odpowiedź na leczenie 1) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia; 2) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$. 3. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną 1) zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach: a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub 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 ośmiu		w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
--	--	--

leków, w tym sześciu leków biologicznych, upadacytynibu i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane; 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. 4. Czas leczenia w programie 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 2), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej		2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

aktywności choroby po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii nie jest możliwe; 3) pacjenci z sacroiliitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane. 5. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2. stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i		
--	--	--

bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

6. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego i upadacytinibu lub tofacytynibu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji;
- 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby;
- 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI U CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego chorym na niedokrwistość w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek udostępnia się leczenie: 1) <i>darbepoetyną alfa</i>; 2) <i>epoetyną alfa</i>; 3) <i>roksadustatem</i>; 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 <i>darbepoetyną alfa</i> i <i>epoetyną alfa</i>; b) powyżej 18 roku życia – dla terapii <i>roksadustatem</i>.	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 b) 0,75 µg/ kg mc., raz na 2 tygodnie, podskórnie 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 dożylnie – 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.	
--	--	--

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/1,73m²/min.; 2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0; 3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulich'a i Pyle; 4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości. 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 śródreźcza 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.
--	--	---

LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW LECZONYCH NERKOZASTĘPCZO DIALIZAMI (ICD-10: N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji 1) wtórna nadczynność przynarczy; 2) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. paratyroidektomii) lub brak zgody pacjenta na leczenie zabiegowe (w tym min. 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 parakalcytalem. 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 parakalcytolu Dawkowanie leków w programie lekowym odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w odpowiednich Charakterystykach Produktów Lecniczych obowiązujących na dzień wydania decyzji. U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżyć wydzielanie PTH (i ewentualnie powodować następczą hipokalcemię), dlatego może zachodzić konieczność ograniczenia dawki leku do podawania rzadszego (tzn. nie każdego dnia, lecz np. co 2-gi dzień). Ostateczna dawka musi uwzględniać wpływ leku na stężenie PTH u indywidualnego pacjenta.	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.		
---	--	--

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10: P07.2, P07.3, P27.1, P07.0, P07.1, Q20-Q24, G12.0, G12.1, E84.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Program lekowy dedykowany jest dla pacjentów w następujących populacjach: 1) pacjenci neonatologiczni, 2) pacjenci z rozpozną mukowiscydozą do 1 roku życia, 3) pacjenci kardiologiczni do 2 roku życia, 4) pacjenci z rozpoznany rdzeniowym zanikiem mięśni do 2 roku życia. Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej lub pulmonologii dziecięcej w porozumieniu z odpowiednim konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka. 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 1.1. Pacjenci neonatologiczni 1) brak ukończenia szóstego miesiąca życia w momencie rozpoczęcia immunizacji, oraz spełnienie kryterium: a) wiek ciążowy 29 - 32 tygodni, - lub	1. Dawkowanie paliwizumabu Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu. Lek podaje się we wstrzyknięciu domięśniowym, najlepiej w przednio-boczną część uda. Nie należy wybierać mięśnia pośladkowego.	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; 3) rdzeniowy zanik mięśni: kliniczne potwierdzenie rdzeniowego zaniku mięśni; 4) mukowiscydoza: kliniczne potwierdzenie mukowiscydozy. 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, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej oraz

b) wiek ciążowy ≤ 35 tygodni oraz mała masa urodzeniowa równa lub poniżej 1500 g, 2) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz narodziny w wieku ciążowym ≤ 28 tygodni, 3) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie dysplazji oskrzelowo-płucnej. 1.2. Pacjenci z rozpoznaną mukowiscydozą: 1) brak ukończenia pierwszego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji. 1.3. Pacjenci kardiologiczni: 1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji oraz rozpoznanie hemodynamicznie istotnej wady serca z: a) jawną niewydolnością serca, utrzymującą się pomimo leczenia farmakologicznego, lub b) umiarkowanym lub ciężkim wtórnym nadciśnieniem płucnym, lub c) sinicznymi wadami serca, z przeskórnym utlenowaniem krwi tętniczej utrzymującej się $<90\%$. 1.4. Pacjenci z rozpoznanym rdzeniowym zanikiem mięśni: 1) brak ukończenia drugiego roku życia w momencie rozpoczęcia immunizacji. Jeżeli świadczeniobiorca, który spełnia opisane powyżej kryteria kwalifikacji do programu, urodzi się w trakcie trwania sezonu zakażeń wirusem RS, wówczas otrzymuje od 3 do 5 dawek paliwizumabu, jednak nie mniej niż 3 dawki; liczba podanych dawek jest uzależniona od okresu pozostałego od dnia urodzenia do zakończenia sezonu zakażeń.		pulmonologii dziecięcej nadzorują program korzystając z elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którym podano lek zawierający substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji immunizacji, o ile na dzień podania pierwszej dawki spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie mają przeciwwskazań do immunizacji oraz nie spełniają kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2. 2. Określenie czasu leczenia w programie Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 września do 30 kwietnia) co miesiąc – 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakiegokolwiek ze składników występujących w preparacie, 2) przebycie reakcji nadwrażliwości na podaż innych przeciwciał, 3) brak zgody prawnych opiekunów na leczenie, 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony prawnych opiekunów.		
---	--	--

Załącznik B.41.

LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powołany 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 któregośkolwiek 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 śródreczę 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.
--	--	--

LECZENIE NISKOROSŁYCHDZIECI 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 fT₄; 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 śródreżcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego); 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej: a) konsultacja ortopedyczna; b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych; 7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri: a) konsultacja okulistyczna; b) konsultacja neurologiczna; c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI). Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami
---	--	--

		opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ASTMY (ICD-10: J45, J82)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) omalizumabem, 2) mepolizumabem, 3) benralizumabem, 4) dupilumabem, 5) tezepelumabem, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 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 Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1.1.1. pacjenci powyżej 6 roku życia z ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmą oskrzelową (wg aktualnych wytycznych GINA) z alergią na alergenów całorocznie 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	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 <i>in vitro</i> (opcjonalnie); 3) pomiar masy ciała; 4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej); 5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień); 6) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 8) morfologia krwi i badania biochemiczne;

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 przewlekłe; u dzieci w wieku 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 <i>in vitro</i> na alergenów całorocznych 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 alergenów wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy;	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 podskórną 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 przewlekłe 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.
--	---	--

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 11) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 12) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 13) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni omalizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego 1.2. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia: a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów:	Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. 2) benralizumabem Zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego). Zalecana dawka benralizumabu dla pacjentów, którzy kontynuują leczenie po okresie zawieszenia w programie wynosi 30 mg we wstrzyknięciach podskórnych co 8 tygodni, jeśli czas od ostatniej dawki leku przed zawieszeniem był ≤ 8 tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był > 8 tygodni to zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego). Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku	1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia: 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. 1.4. Monitorowanie leczenia Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia: 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;
--	---	--

– brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem), – brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem), – zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o ≥ 5 mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem); 3) palenie tytoniu; 4) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. 1.3. Określenie czasu leczenia w programie	pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta. 3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem Dupilumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku	4) morfologia krwi i badania biochemiczne: - stężenie kreatyniny, - stężenie mocznika, - stężenie białka C-reaktywnego (CRP), - stężenie AIAT, - stężenie AspAT; 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. Ponadto przeprowadzana jest: - ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; - analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; - 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: - spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; - morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): - stężenie kreatyniny,
--	---	--

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu 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 Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 2.1.1. pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą eozynofilową identyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi na poziomie ≥ 350 komórek/μl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie <u>lub</u> ≥ 150 komórek/μl, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥ 5mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi $\geq 1,0$g (w przeliczeniu na prednizon)	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. 4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem Tezepelumab 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 pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.	b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień); 5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych. Ponadto przeprowadzana jest: 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 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);
--	--	---

1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;	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) 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;
--	---	---

11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni mepolizumabem albo benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2.2. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 1. 2) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekłe systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem);		2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) CRP, c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. Ponadto przeprowadzana jest: 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. 3. Leczenie ciężkiej astmy z zapaleniem typu 2 dupilumabem 3.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu: 1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);
---	--	---

5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. 2.3. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego		2) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej); 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 5) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 6) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 7) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych. Ponadto przeprowadzana jest: 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.
--	--	--

pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie mepolizumabem lub benralizumabem zostaje 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: Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 3.1.1. pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili we krwi na poziomie ≥ 350 komórek/μl na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie <u>lub</u> ≥ 150 komórek/μl, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥ 5mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi $\geq 1,0$g (w przeliczeniu na prednizon) 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2		3.2. Badania kontrolne przeprowadzane w ośrodku – nie rzadziej niż raz na 4 miesiące: 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. 3.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia: 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni. 3.4. Monitorowanie leczenia: Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej
--	--	--

adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ>1,5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) wykluczenie innych przyczyn hypereozynofilii; 5) niepalenie tytoniu; 6) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 7) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz		terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia: 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF; 4) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP), c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. Ponadto przeprowadzana jest: 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. 4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem
--	--	---

prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. albo 3.1.2. pacjenci powyżej 12 roku z ciężką, niekontrolowaną astmą z zapaleniem typu 2 charakteryzującym się liczbą eozynofili w krwi na poziomie ≥ 150 komórek/mikrolitr na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie oraz z alergią na alergeny całoroczne potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE; 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u chorych, którzy stosują 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,		4.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu: 1) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): a) stężenie kreatyniny; b) stężenie białka C-reaktywnego (CRP); c) stężenie AIAT; d) stężenie AspAT; 3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień); 5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie); 6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych. Ponadto przeprowadzana jest: 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
---	--	---

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; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; 11) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 12) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, tezepelumabu) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dupilumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego		3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. 4.2. Badania kontrolne przeprowadzane - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące: 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień); 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu. 4.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia: 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące; 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
---	--	--

3.2. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia dupilumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej; 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii dupilumabem przyjmowali przewlekłe systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy; 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy); 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem); 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem); 6) palenie tytoniu; 7) w przypadku podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia; 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie – zawiesić leczenie dupilumabem do momentu wyleczenia; 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą; 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;		4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące. 4.4. Monitorowanie leczenia Po 24., 52., 104. oraz każdym kolejnym 52. tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia, wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia: 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego; 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) stężenie kreatyniny, b) CRP, c) stężenie AIAT, d) stężenie AspAT; 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień); 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie); 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym. Ponadto przeprowadzana jest: 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu
---	--	---

12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów. 3.3. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje 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. 4. Leczenie ciężkiej astmy tezepelumabem 4.1. Kryteria włączenia do programu Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:		ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej; 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej. 5. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię
---	--	---

4.1.1. pacjenci powyżej 12. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą definiowaną przez: 1) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (>1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora β-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego); 2) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe; 3) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów: a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt), b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy, c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości, d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%), e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ<5,0 punktów); 4) niepalenie tytoniu; 5) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 6) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL;		nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 6. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności poszczególnych terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

- 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;
- 10) u chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 11) nieprzyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu, dupilumabu,) – do 2 miesięcy od zakończenia terapii.

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

4.2. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 4. 1. 2) w okresie leczenia tezepelumabem w liczbie równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;
- 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii tezepelumabem przyjmowali przewlekłe systemowe GKS (systematycznie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o $\leq 30\%$ o ile brak redukcji nie wynika z niewydolności kory nadnerczy;
- 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);
- 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ (brak obniżenia ACQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem);

- 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ (brak wzrostu miniAQLQ o $\geq 0,5$ pkt w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia tezepelumabem);
- 6) palenie tytoniu;
- 7) w przypadku podjęcia leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi decyzję o kontynuacji leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia;
- 8) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie - zawiesić leczenie tezepelumabem do momentu wyleczenia;
- 9) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 10) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 11) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 12) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 13) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

4.3. Określenie czasu leczenia w programie

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

Lekarz zdecydować też może o zawieszeniu terapii u pacjenta. W trakcie zawieszenia pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-12 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu

podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii. W przypadku zajścia w ciążę leczenie tezepelumabem 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 tezepelumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu. Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii tezepelumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.		
---	--	--

LECZENIE CHORYCH Z UMIARKOWANĄ I CIĘŻKĄ POSTACIĄ ŁUSZCZYCY PŁACKOWATEJ (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 Płackowatej, 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 Płackowatej, 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 przeciwwskazania 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 ($\pm$ 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75%

lub

- 2) po 4 miesiącach ($\pm$ 30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów.

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.		
---	--	--

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 niskozróznicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej substancjami: 1) olaparyb; 2) niraparyb; 3) rukaparyb. 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 BRCA1/2, albo b) niraparyb lub rukaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA1/2, u pacjentek z potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD) lub z brakiem potwierdzenia niedoboru homologicznej rekombinacji (HRD); 2) w skojarzeniu: a) olaparyb z bewacyzumabem u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 lub potwierdzonym niedoborem homologicznej rekombinacji (HRD);	1. Dawkowanie 1.1. olaparyb w monoterapii: maksymalna całkowita dawka dobową: 600 mg. 1.2. niraparyb w monoterapii: maksymalna całkowita dawka dobową: 300 mg. 1.3. rukaparyb w monoterapii: maksymalna całkowita dawka dobową: 1200 mg. Leczenie inhibitorami PARP należy rozpocząć najpóźniej do 12 tygodni od zakończenia leczenia chemioterapią. 1.4. olaparyb w skojarzeniu z bewacyzumabem: bewacyzumab - 15 mg/kg masy ciała dożylnie, rytm: co 3 tygodnie, do 22 cykli łącznie. Leczenie należy rozpocząć nie później niż podczas trzech ostatnich cykli chemioterapii. olaparyb - maksymalna całkowita dawka dobową: 600 mg. Leczenie należy rozpocząć nie wcześniej niż 3 tygodnie i nie później niż 12 tygodni po	1. Badania przy kwalifikacji 1) w celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenie schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny należy wykonać badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenia stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia CA125; 8) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową; 9) inne badania w razie wskazań klinicznych.

W leczeniu nawrotowego raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej stosuje się: 1) w monoterapii: a) olaparyb u pacjentek z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 lub z brakiem obecności mutacji w genach BRCA1/2, po wcześniejszym zastosowaniu przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny). W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP. 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 albo rukaparybem w monoterapii stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów: – FIGO III u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach <i>BRCA1/2</i> bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji (w przypadku olaparybu albo niraparybu albo rukaparybu), - lub – FIGO III u chorych po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu albo rukaparybu), - lub – FIGO III lub IV po zastosowaniu chemioterapii neoadjuwantowej u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach	zakończeniu chemioterapii opartej na związkach platyny w skojarzeniu z bewacyzumabem. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa 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. 2.2. Monitorowanie skuteczności 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 albo rukaparybem nie rzadziej
---	---	---

BRCA 1/2 (w przypadku olaparybu albo niraparybu albo rukaparybu) albo bez mutacji (w przypadku niraparybu albo rukaparybu), lub – FIGO IV (w przypadku olaparybu albo niraparybu albo rukaparybu); albo b) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej bez względu na chorobę resztkową lub zabieg cytoredukcji; 2) zidentyfikowana patogenna lub prawdopodobnie patogenna mutacja w genach BRCA1/2 (dziedziczna lub somatyczna) w przypadku leczenia olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem lub zidentyfikowane zaburzenia rekombinacji homologicznej (z ang. homologous recombination deficiency, HRD) w przypadku leczenia olaparybem w skojarzeniu z bewacyzumabem; 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG; 4) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny; 5) wiek 18 lat i powyżej; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 7) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 9) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		niż co 6 miesięcy lub częściej w zależności od wskazań klinicznych, 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 aktualnymi kryteriami RECIST. w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie
---	--	---

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) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny); 3) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny; 4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG; 5) całkowita lub częściowa wg aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny; 6) wiek 18 lat i powyżej; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 9) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 10) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie		kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

1) leczenie chorych olaparybem w monoterapii albo w skojarzeniu z bewacyzumabem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg aktualnych kryteriów RECIST) – 24 miesiące, b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg aktualnych kryteriów RECIST– pacjenci z częściową odpowiedzią po 2 latach, którzy w opinii lekarza prowadzącego mogą odnieść korzyści z dalszego leczenia mogą kontynuować je powyżej 2 lat, c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 2) leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) 36 miesięcy, b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności; 3) leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności, 4) leczenie chorych rukaparybem na nowo zdiagnozowanego rak jajnika, rak jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: a) 24 miesiące, b) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, c) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.		
--	--	--

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek (olaparyb albo niraparyb albo rukaparyb) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST;
- 3) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego lub zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;
- 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej:
 - a) w przypadku leczenia nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 2 według kryteriów ECOG;
 - b) w przypadku leczenia nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej: do stopnia ≥ 3 według kryteriów ECOG;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;
- 7) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.

LECZENIE CHORYCH Z PŁASKONABŁONKOWYM RAKIEM NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani 1.1. Leczenie <u>pembrolizumabem</u> dorosłych pacjentów z rozpoznaniem płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi: a) <i>ekspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w monoterapii w przypadku wolnej progresji oraz niewielkiego nasilenia dolegliwości i objawów związanych z nowotworem,</i> b) <i>ekspresja CPS ≥ 1 – pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) w przypadku dynamicznej progresji lub nasilonych dolegliwości i objawów zależnych od nowotworu (możliwość uzyskania szybszej odpowiedzi indukowanej przez chemioterapię);</i> 1.1.1. Kryteria kwalifikacji 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, ustnej lub krtaniowej części gardła lub krtani (z wykluczeniem raka typu nosogardłowego) z nawrotem miejscowym lub/i regionalnym po leczeniu loco regionalnym lub przerzutami odległymi; 2) brak możliwości ratującego leczenia chirurgicznego lub radioterapii;	1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. 2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.	1. Pembrolizumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani 1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 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;

3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyłączeniem chemioterapii lub leczenia celowanego stosowanego łącznie z napromienianiem w ramach leczenia radykalnego; 4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 5) wiek powyżej 18. roku życia; 6) wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; 7) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią; 9) nieobecność przeciwwskazań: a) w przypadku monoterapii: brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, b) w przypadku terapii skojarzonej: brak przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu i chemioterapii opartej na pochodnych platyny i 5-fluorouracylu (5-FU) zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktów Leczniczych. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta. 1.3. Kryteria wyłączenia z programu		6) Potwierdzenie obecności ekspresji PDL1 zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych przy użyciu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263. 1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi; 3) wskaźniki biochemiczne: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH. Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. 1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie przedmiotowe; 2) badania laboratoryjne; 3) badanie obrazowe – obligatoryjne – umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST – TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. 2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny 2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem 1) badanie przedmiotowe; 2) ocena sprawności w skali ECOG; 3) pomiar masy ciała;
---	--	--

1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która musi być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) nadwrażliwość na pembrolizumab; 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów CTC (ang. Common Toxicity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu; 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią. 2. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny 2.1. Leczenie niwolumabem dorosłych pacjentów z nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem jamy ustnej, gardła lub krtani, który uległ progresji po lub w trakcie leczenia opartego na pochodnych platyny 2.1.1. Kryteria kwalifikacji 1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, gardła lub krtani; 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w tym stosowaną w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 3) brak wcześniejszego leczenia lekami z grupy anty-PD-L/PD-L1;		4) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi, b) oznaczenie stężenia kreatyniny, c) oznaczanie stężenia glukozy, d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej, f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu, g) oznaczenie poziomu TSH, h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym; 5) badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. 2.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe; 2) morfologia krwi; 3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH. Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. 2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie przedmiotowe; 2) Badanie laboratoryjne;
--	--	---

4) udokumentowany nawrót (miejscowy lub węzłowy) lub uogólnienie (przerzuty) stwierdzony w trakcie lub w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu wcześniejszej chemioterapii z udziałem jednej z pochodnych platyny (w tym stosowanych w skojarzeniu z lekami anty-EGFR); 5) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG; 6) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2.2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta. 2.3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1. 2.4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie 1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni; 2) nadwrażliwość na lek;		3) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxicity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu; 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD-10: C90.0)

Schematy leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego: DVTd – daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem, talidomidem 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; EloPd – elotuzumab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem; IsaPd – izatuksymab w skojarzeniu z pomalidomidem i deksametazonem; Tec – teklistamab w monoterapii; Elra – elranatamab w monoterapii; Tal – talkwetamab w monoterapii.
ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego chorym na szpiczaka plazmocytoowego udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>: 1) pacjentom z nieleczonym uprzednio szpiczakiem plazmocytowym w 1. linii leczenia: DVTd, DRd, 2) pacjentom z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym: DVd, DRd, Kd, KRd, IRd, EloPd, IsaPd, Tec, Elra, Tal. 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 1. 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). <u>Daratumumab s.c.</u> 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. <u>Bortezomib</u>: zalecana dawka 1,3 mg/m² 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 stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 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 (w przypadku pacjentów z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytowym – badanie kośćca do decyzji lekarza);

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 – za wyjątkiem terapii <i>Tec</i>; 3) rozpoznanie szpiczaka plazmocytoowego; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku/leków (składowych wybranego schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego; 5) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną/aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do 1. linii leczenia w schemacie:	<u>Talidomid</u>: podawany doustnie w dawce 100 mg raz na dobę w każdym dniu każdego cyklu. <u>Deksametazon</u>: podawany doustnie lub dożylnie w dawce 40 mg w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16., 22. i 23. w cyklach 1. i 2. oraz w dawce 40 mg w dniach 1.-2. i 20 mg w kolejnych dniach dawkowania (dniach 8., 9., 15., 16.) w cyklach 3-4. <i>Deksametazon</i> w dawce 20 mg powinien być podawany w dniach 1., 2., 8., 9., 15., 16. w cyklach 5. i 6. 1.1.2. DRd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Daratumumab s.c.</u> w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. <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 <i>lenalidomidu</i> 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 <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. <u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat). 1.2. Dawkowanie w leczeniu opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego w schemacie: 1.2.1. DVd	9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) o czułości min. 25mIU/ml wykonany w dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku; 10) dodatkowo w przypadku schematu <i>IRd</i>, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do schematu <i>IRd</i> – badania potwierdzające obecność aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka; 11) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>IsaPd</i> – pośredni test antyglobulinowy (pośredni test Coombs'a); 12) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>Tec</i>, <i>Elra</i>, <i>Tal</i> – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA); 13) dodatkowo w przypadku schematu <i>Kd</i>, <i>KRd</i>: 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 9) oraz za wyjątkiem badań z pkt 10, 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; 3) dodatkowo w przypadku schematu <i>DVTd</i>, <i>DVd</i>, <i>DRd</i>, <i>IsaPd</i>, <i>Tec</i>, <i>Elra</i>, <i>Tal</i>:
---	--	---

1.2.1. DVTd 1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytozowego; 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 $\geq 1 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego).	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). <u>Daratumumab</u> s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnie: raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. <u>Bortezomib</u>: w dawce $1,3 \text{ mg/m}^2$ pc. dożylnie lub podskórnie w dniach 1., 4., 8. i 11. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli. <u>Deksametazon</u>: w dawce 20 mg doustnie w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego cyklu przez pierwsze 8 cykli (tj. w dawce 80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat, BMI $< 18,5$, ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami).	a) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie klirensu kreatyniny; 4) dodatkowo w przypadku schematu <i>Kd</i>, <i>KRd</i>: a) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, b) elektrokardiografia (EKG); 5) dodatkowo w przypadku schematu <i>Tec</i>, <i>Elra</i>, <i>Tal</i> – oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG). W przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania:
1.2.2. DRd 1) brak wcześniejszego leczenia szpiczaka plazmocytozowego; 2) obecność wskazań do leczenia wg aktualnych zaleceń International Myeloma Working Group (IMWG); 3) niekwalifikowanie się pacjenta do przeszczepienia autologicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 4) bezwzględna liczba 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).	1.2.2. DRd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Daratumumab</u> 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. <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 <i>lenalidomidu</i> 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 <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.	1) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia elektrolitów; 7) oznaczenie stężenia CRP; 8) oznaczenie stężenia ferrytyny; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 10) oznaczenie APTT; 11) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego w schemacie: 1.3.1. DVd 1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) nie stwierdzono oporności na leczenie <i>bortezomibem</i>. 1.3.2. DRd 1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 0,5 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego). 1.3.3. Kd 1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytoowego; 2) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ lub $\geq 30 \times 10^9/l$, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne; 3) LVEF $\geq 40\%$; 4) brak niewydolności serca w stopniu III i IV wg klasyfikacji NYHA; 5) brak przebytego w ciągu ostatnich 4 miesięcy zawału mięśnia sercowego;	<u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg/tydzień (lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku > 75 lat). 1.2.3. Kd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Karfilzomib</u> podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu w dawce: 1) 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: 2) 70 mg/m^2 pc. w dniu 8. i 15. cyklu 1., a następnie: 3) w dawce 70 mg/m^2 pc. w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu. Dawkowanie <i>karfilzomibu</i> może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem. <u>Deksametazon</u>: w dawce 40 mg doustnie lub dożylnie w dniach 1., 8., 15. i 22. w cyklach 1-9, a następnie w dniach 1., 8. i 15. każdego kolejnego cyklu. <i>Deksametazon</i> należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem <i>karfilzomibu</i>. 1.2.4. KRd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Karfilzomib</u> podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dawce: 1) 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:	12) oznaczenie stężenia fibrynogenu; 13) oznaczenie stężenia D-dimerów. O częstotliwości i rodzaju wykonywanych badań przy podejrzeniu i monitorowaniu CRS decyduje lekarz. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. Zapisy dotyczące CRS i ICANS odnoszą się do leczenia teklistamabem, elranatamabem i talkwetamabem. 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 stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie klirensu kreatyniny;
--	--	--

6) brak zdiagnozowanej niekontrolowanej choroby niedokrwiennej serca oraz brak niekontrolowanych farmakologicznie nieprawidłowych zmian przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym. 1.3.4. KRd 1) stosowano uprzednio jedną, dwie albo trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego; 2) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 0,5 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 30 \times 10^9/l$ (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi $< 75 \times 10^9/l$ decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla <i>lenalidomidu</i>); 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. 1.3.5. 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);	2) 27 mg/m² pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniu 8., 9., 15. i 16. cyklu 1., a następnie: 3) w dawce 27 mg/m² pc. (maksymalna dawka wynosi 60 mg) w dniach 1., 2., 8., 9., 15. i 16. w cyklach 2-12, a następnie: 4) w dawce 27 mg/m² 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 m² powinni otrzymywać dawkę <i>karfilzomibu</i> obliczoną dla pc. wynoszącej 2,2 m², a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem <i>karfilzomibu</i> w cyklu 1. konieczne jest odpowiednie nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego). Nie należy podawać <i>karfilzomibu</i> w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m² pc. jest podawana przez 10 minut. <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 <i>lenalidomidu</i> 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 <i>lenalidomidu</i> 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. <i>Deksametazon</i> należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem <i>karfilzomibu</i>.	6) oznaczenie stężenia białka M w surowicy krwi lub w moczu; 7) 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), f) brak odpowiedzi (NR),
---	--	---

3) brak oporności na leczenie <i>lenalidomidem</i>; 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. 1.3.6. EloPd 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytozy, w tym zawierające <i>lenalidomid</i> i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej). 1.3.7. IsaPd 1) stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia szpiczaka plazmocytozy, w tym zawierające <i>lenalidomid</i> i inhibitor proteasomu; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) brak oporności na leczenie <i>pomalidomidem</i>; 4) bezpośrednio przed pierwszym podaniem <i>izatuksymabu</i> szacunkowy wskaźnik przesączania kłębuszkowego (eGFR) $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ pow. ciała; 5) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości dla cytopenii wynikających z choroby podstawowej).	1.2.5. IRd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Iksazomib</u>: zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie w dniach 1., 8. i 15. każdego cyklu. <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 <i>lenalidomidu</i> 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 <i>lenalidomidu</i> w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg. <u>Deksametazon</u>: zalecana dawka: 40 mg w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu. 1.2.6. EloPd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <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 <i>elotuzumabu</i>, gdy podawane są w tym samym dniu. Liczba dni podawania <i>pomalidomidu</i> w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.	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.
---	---	---

1.3.8. Tec 1) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anti-CD38; 3) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 4) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). 1.3.9. Elra 1) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anti-CD38; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby; 3) bezwzględna liczba neutrofili $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 25 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). 1.3.10. Tal 1) stosowano uprzednio co najmniej trzy linie leczenia szpiczaka plazmocytowego, w tym zawierające lek immunomodulujący, inhibitor proteasomu oraz przeciwciało anti-CD38; 2) w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby;	<u>Deksametazon w dniach, w których podawany jest elotuzumab:</u> 1) u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: zalecana dawka <i>deksametazonu</i>: 28 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i> oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i>, 2) u pacjentów w wieku >75 lat: zalecana dawka <i>deksametazonu</i> to 8 mg doustnie od 3 do 24 godzin przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i> oraz dawka 8 mg dożylnie, od 45 do 90 minut przed podaniem wlewu <i>elotuzumabu</i>. <u>Deksametazon w dniach, w których nie jest podawany elotuzumab</u>, a w których zaplanowane jest podanie dawki <i>deksametazonu</i>, tj. w dniach 8., 15. i 22. każdego cyklu od 3. cyklu: 1) u pacjentów w wieku ≤ 75 lat: w dawce 40 mg doustnie, 2) u pacjentów w wieku > 75 lat: w dawce 20 mg doustnie. 1.2.7. IsaPd Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <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 <i>pomalidomidu</i> w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.	
---	---	--

3) bezwzględna liczba neutrofilii $\geq 1,0 \times 10^9/l$; liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/l$ (możliwe są mniejsze wartości, o ile wynika to z aktywności choroby). Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii schematem: 1) <i>DVTd</i> – leczenie trwa do maksymalnie 4 cykli (16 tygodni) w leczeniu indukcyjnym, oraz do maksymalnie 2 cykli (8 tygodni) w leczeniu konsolidującym; 2) <i>KRd</i> – leczenie <i>karfilzomibem</i> w skojarzeniu z <i>lenalidomidem</i> i <i>deksametazonem</i> trwa maksymalnie do 18 cykli, następnie kontynuowane jest leczenie <i>lenalidomidem</i> i <i>deksametazonem</i>. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia; 2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia – nie dotyczy stosowania terapii według schematu <i>DRd</i> w 1. linii leczenia;	<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. 1.2.8. Tec Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Teklistamab</u>: leczenie teklistamabem należy rozpocząć od dawek startowych 0,06 mg/kg m.c. i 0,3 mg mg/kg m.c., zgodnie ze schematem stopniowego zwiększania dawki teklistamabu opisanym w aktualnej Charakterystyce Produktu Lecniczego tego leku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS). Następnie, po zastosowaniu schematu stopniowego zwiększania dawki, zalecana dawka teklistamabu to 1,5 mg/kg m.c., podawana podskórnie 1 raz w tygodniu. U pacjentów, którzy mieli całkowitą odpowiedź (CR) lub rygorystyczną CR (sCR) przez co najmniej 6 miesięcy, można rozważyć zmniejszenie częstości dawkowania do 1,5 mg/kg m.c. co dwa tygodnie. Przed podaniem każdej dawki teklistamabu należy zastosować produkty lecznicze w premedykacji, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lecniczego dla tego leku, aby zmniejszyć ryzyko wystąpienia CRS. 1.2.9. Elra Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Elranatamab</u>: leczenie elranatamabem podawanym we wstrzyknięciu podskórnym, należy rozpocząć od stopniowego zwiększania dawki w celu zmniejszenia częstości występowania i nasilenia CRS i ICANS, zgodnie ze	
---	---	--

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.	schematem opisanym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tego leku: 1) dawkowanie stopniowo zwiększane: elranatamab podawany w dawce: a) 12 mg w 1. dniu 1. tygodnia, a następnie: b) w dawce 32 mg w 4. dniu 1. tygodnia, 2) następnie od 1. dnia 2. tygodnia elranatamab podawany jest w dawce 76 mg 1 raz na tydzień w tygodniach 2-24, 3) po co najmniej 24 tygodniach leczenia elranatamabem, lek należy podawać w dawce 76 mg 1 raz na dwa tygodnie, począwszy od 25. tygodnia leczenia, u pacjentów, u których uzyskano odpowiedź na leczenie, 4) począwszy od 49. tygodnia leczenia elranatamabem, lek należy podawać w dawce 76 mg 1 raz na cztery tygodnie u pacjentów, którzy zostali poddani co najmniej 24-tygodniowemu leczeniu w schemacie co dwa tygodnie, i u których utrzymała się odpowiedź na leczenie. Szczegóły dotyczące sposobu modyfikacji schematu dawkowania leku oraz stosowanej premedykacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.2.10. Tal Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Talkwetamab</u>: należy podawać podskórnie w schemacie dawkowania <u>co tydzień lub co dwa tygodnie</u> zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla talkwetamabu. W przypadku pacjentów otrzymujących talkwetamab zgodnie ze schematem dawkowania 0,4 mg/kg mc. co tydzień, u których uzyskano odpowiednią odpowiedź kliniczną (tj. sCR, CR, VGPR lub PR) potwierdzoną w co najmniej dwóch	
--	--	--

kolejnych ocenach choroby wykonywanych nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia (dobór badań diagnostycznych powinien być zgodny z aktualnymi kryteriami IMWG odpowiednio dla każdego rodzaju uzyskanej odpowiedzi), można rozważyć przejście na schemat dawkowania 0,8 mg/kg mc. co dwa tygodnie.

1) Talkwetamab w schemacie dawkowania co tydzień:

a) faza wstępna stopniowego zwiększania dawki:

talkwetamab podawany podskórnio w dawce:

- 0,01 mg/kg mc. w dniu 1., następnie
- w dawce 0,06 mg/kg mc. w dniu 3., następnie
- w dawce 0,4 mg/kg mc. w dniu 5., a następnie:

b) faza leczenia: talkwetamab podawany podskórnio w dawce 0,4 mg/kg mc. 1 raz na tydzień.

2) Talkwetamab w schemacie dawkowania co dwa tygodnie:

a) faza wstępna stopniowego zwiększania dawki:

talkwetamab podawany podskórnio w dawce:

- 0,01 mg/kg mc. w dniu 1., następnie
- w dawce 0,06 mg/kg mc. w dniu 3., następnie
- w dawce 0,4 mg/kg mc. w dniu 5., następnie
- w dawce 0,8 mg/kg mc. w dniu 7., a następnie:

b) faza leczenia: talkwetamab podawany podskórnio w dawce 0,8 mg/kg mc. 1 raz na 2 tygodnie.

Szczegóły dotyczące stosowanej premedykacji oraz sposobu modyfikacji schematu dawkowania leku, w tym możliwości opóźniania dawki i warunków dotyczących możliwości zmiany dawkowania z cotygodniowego na co dwa tygodnie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

2. Modyfikacja dawkowania, dodatkowe informacje

	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku. Zaleca się profilaktykę żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami. W przypadku leczenia <i>daratumumabem</i>, <i>teclistamabem</i> 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.	
--	--	--

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
W ramach programu lekowego finansowane są następujące terapie wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (WZJG): 1) infliksymab; 2) wedolizumab; 3) tofacytynib; 4) ustekinumab; 5) filgotynib; 6) ozanimod; 7) upadacytynib; 8) mirikizumab. Dopuszcza się zamianę infliksymabu albo wedolizumabu albo tofacytynibu albo ustekinumabu albo filgotynibu albo ozanimodu albo upadacytynibu albo mirikizumabu w przypadku wystąpienia nieakceptowalnych objawów niepożądanych lub nietolerancji leczenia lub braku odpowiedzi na leczenie zdefiniowanej w punkcie 3. poniżej. W momencie zmiany leczenia w ramach programu lekowego nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna. W ramach programu lekowego nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.	1. Dawkowanie Dawkowanie infliksymabu, wedolizumabu, tofacytynibu, ustekinumabu, filgotynibu, ozanimodu, upadacytynibu, mirikizumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego (ChPL). 2. Modyfikacje dawkowania Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną CHPL.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem, upadacytynibem, filgotynibem oraz ozanimodem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów; 2) aminotransferaza alaninowa (AlAT); 3) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); 4) bilirubina – w przypadku ozanimodu lub mirikizumabu; 5) kreatynina; 6) białko C-reaktywne; 7) badanie ogólne moczu; 8) test Quantiferon; 9) antygen HBs oraz przeciwciała anty-HBcAg total; 10) przeciwciała anty HCV; 11) badanie w kierunku wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 12) stężenie elektrolitów w surowicy; 13) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 14) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);

2. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie 1) wiek od 6 lat życia w przypadku infliksymabu albo wiek od 18 lat w przypadku wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu lub filgotynibem lub ozanimodu lub upadacytynibu lub mirikizumabu; 2) pacjenci z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną postacią WZJG (ocena ≥ 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku ≥ 18 lat albo ocena ≥ 35 punktów w skali PUCAI u osób w wieku < 18 lat): a) hospitalizowani z powodu ciężkiego rzutu choroby z niedostateczną odpowiedzią na 3-5 dniowe dożylne leczenie kortykosteroidami lub przeciwwskazaniem do takiego leczenia lub b) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA) lub c) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA) lub d) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA) lub e) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6-merkaptopuryną (6-MP) lub azatiopryną (AZA); 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;		15) badanie endoskopowe; 16) posiew kału w kierunku bakterii i grzybów; 17) badanie kału na toksynę <i>Clostridioides Difficile</i>; 18) lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem lub upadacytynibem lub filgotynibem; 19) kalprotektyna; 20) określenie początkowej wartości wskaźnika Mayo u dorosłych albo PUCAI u dzieci i młodzieży. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI; 2) ocena stopnia aktywności choroby między 6 a 14 tygodniem od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo lub w skali PUCAI; 3) morfologia krwi obwodowej; 4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, ALAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii albo ocenę w skali PUCAI przynajmniej co 16 tygodni. 2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem
---	--	---

4) brak przeciwwskazań do stosowania zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lekicznego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL (jeśli dotyczy). <u>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</u> Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem albo wedolizumabem albo tofacytynibem albo ustekinumabem albo filgotynibem albo ozanimodem albo upadacytynibem albo mirikizumabem, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 3. Określenie czasu leczenia w programie Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali Mayo albo PUCAI. Pacjenci z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego. Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI. 1) infliksymab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni,		W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem; 4) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, ALAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 16 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstępy między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni. 2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu 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);
---	--	--

b) leczenie podtrzymujące infliksymabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo lub PUCAI; 2) wedolizumab a) terapia indukcyjna: 6 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej), b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona do 14 tygodnia od rozpoczęcia terapii, a następnie co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo; 3) tofacytynib a) terapia indukcyjna: 8 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 8 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 8 tygodni leczenia, b) leczenie podtrzymujące tofacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 4) ustekinumab a) terapia indukcyjna: 16-24 tygodni (dawka inicjująca w formie infuzji dożylniej, kolejne dawki w formie iniekcji podskórnej), b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem w postaci podskórnej może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji		4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach ($\pm$ 2 tyg.). 2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca po zakończeniu leczenia indukcyjnego jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem; 3) CRP. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni. W przypadku leczenia podtrzymującego preparatem podskórnym i podawania preparatu w domu, można odstąpić między powyższymi badaniami wydłużyć maksymalnie do 24 tygodni. 2.5. Monitorowanie leczenia filgotynibem W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:
--	--	--

leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 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; 7) upadacytynib a) terapia indukcyjna: 8 – 16 tygodni, b) leczenie podtrzymujące upadacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo; 8) mirikizumab a) terapia indukcyjna: 12 tygodni, z możliwością wydłużenia o dodatkowe 12 tygodni w przypadku niedostatecznej odpowiedzi na leczenie w trakcie pierwszych 12 tygodni		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, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 10 tygodniu. W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne z wyłączeniem lipidogramu oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po 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
--	--	--

leczenia, okres leczenia indukcyjnego może maksymalnie wynosić 24 tygodnie,

b) leczenie podtrzymujące mirikizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo,

c) ponowna indukcja: w przypadku pacjentów, u których stwierdzono utratę odpowiedzi terapeutycznej podczas leczenia podtrzymującego mirikizumabem możliwe jest ponowne podanie mirikizumabu w infuzji dożylniej co 4 tygodnie (łącznie 3 dawki). Jeśli dodatkowa terapia dożylna przyniesie korzyści kliniczne, pacjenci mogą wznowić podawanie podskórne.

4. Zakończenie leczenia w programie

- 1) stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL;
- 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu w opinii lekarza prowadzącego;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

limfocytów $<0,2 \times 10^9/l$ należy przerwać leczenie ozanimodem do czasu, gdy stężenie limfocytów powróci do poziomu $>0,5 \times 10^9/l$, wówczas można rozważyć ponowne rozpoczęcie leczenia ozanimodem);

4) stężenia aminotransferaz i stężenie bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana dłużej niż 12 miesięcy, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać nie rzadziej niż co 6 miesięcy.

2.7. Monitorowanie leczenia upadacytynibem

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 i bezwzględnej liczby limfocytów w 2 i 4 tygodniu;
- 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu.

W przypadku wykrycia hiperlipidemii dalsze postępowanie zgodnie z wytycznymi klinicznymi dotyczącymi hiperlipidemii.

		Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę Mayo bez endoskopii należy powtarzać po każdych kolejnych 12 tygodniach ($\pm$ 2 tyg.). 2.8. Monitorowanie leczenia mirikizumabem W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania: 1) ocena stopnia aktywności choroby w 4 i 8 tygodniu w częściowej skali Mayo; 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 12 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo; 3) AlAT i AspAT oraz bilirubina co miesiąc podczas terapii indukcyjnej; 4) CRP, morfologia z krwi obwodowej w 4, 8 i 12 tygodniu. W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać AlAT i AspAT oraz bilirubinę co 1-4 miesiące zgodnie ze standardową praktyką postępowania z pacjentami i stosownie do wskazań klinicznych, a także morfologię krwi obwodowej, CRP i ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni. 2.9. Optymalizacja leczenia W celu optymalizacji leczenia oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia infliksymabem, wedolizumabem, lub ustekinumabem lub mirikizumabem, można wykonać oznaczenie poziomu leku przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku. Ponadto można wykonać oznaczanie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż cztery razy do roku w trakcie trwania leczenia.
--	--	--

		Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca. 2.10. Monitorowanie skuteczności leczenia Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wskaźników skuteczności terapii finansowanych w programie, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, tj.: – odpowiedź na leczenie rozumiana jako spadek w całkowitej skali Mayo o co najmniej 3 pkt, w tym o co najmniej 1 punkt w endoskopowej skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI – ocena na koniec okresu indukcji; – remisja kliniczna rozumiana jako liczba luźnych stolców na poziomie normalnym oraz nieobecność krwawień z odbytu (wynik 0 w skali PRO-2) bez konieczności stosowania steroidów, bez konieczności leczenia chirurgicznego, w przypadku gdy lek był stosowany nieprzerwanie przez 12 miesięcy – ocena co 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – brak odpowiedzi na leczenie rozumiany jako brak spełnienia kryteriów odpowiedzi na leczenie (powyżej) na koniec okresu leczenia indukcyjnego; – utrata skuteczności leczenia rozumiana jako konieczność zmiany leczenia u osób, które miały odpowiedź na leczenie indukcyjne - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia; – konieczność leczenia chirurgicznego oceniana co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia;
--	--	--

		– wystąpienie istotnych działań niepożądanych rozumiane jako konieczność zaprzestania terapii danym lekiem z powodu działań niepożądanych - ocena co najmniej raz na 12 miesięcy +/- 4 tygodnie od początku leczenia. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt 2.10 <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i> dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

LECZENIE CHORYCH NA RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10: C61)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się tylko jedną linię hormonoterapii lekiem nowej generacji i jedną linię terapii inhibitorem PARP z wykorzystaniem substancji: 1) apalutamid; 2) darolutamid; 3) enzalutamid; 4) olaparyb; 5) niraparyb + octan abirateronu; 6) talazoparyb. W leczeniu wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (mHSPC) stosowany jest apalutamid albo darolutamid albo enzalutamid. 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 olaparyb albo niraparyb + octan abirateronu albo talazoparyb w skojarzeniu z enzalutamidem. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia niesteroidowym antyandrogenem oraz inhibitorem PARP. 1. Kryteria kwalifikacji	1. Dawkowanie leków U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii należy utrzymać supresję androgenową z zastosowaniem agonistów lub antagonistów LHRH. 1) apalutamid: zalecana dawka dobową wynosi 240 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. 2) darolutamid: zalecana dawka wynosi 600 mg (dwie tabletki po 300 mg) przyjmowane dwa razy na dobę, co stanowi równoważność całkowitej dawki dobowej wynoszącej 1200 mg. Lek należy połykać w całości z pokarmem. U pacjentów z mHSPC leczenie darolutamidem należy rozpocząć w skojarzeniu z docetakselem. Pierwszy z 6 cykli docetakselu należy podać w ciągu 6 tygodni od rozpoczęcia leczenia darolutamidem. Leczenie mHSPC należy kontynuować do czasu progresji choroby lub wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności, nawet jeśli podanie kolejnego kursu docetakselu jest	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia PSA; 4) oznaczenie stężenia testosteronu; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem lub talazoparybem także wyliczenie klirensu kreatyniny); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 9) scyntygrafia kośćca; 10) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny w zależności od sytuacji klinicznej); 11) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem,

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.) dla poszczególnych substancji czynnych. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza; 2) ukończony 18. rok życia; 3) stan sprawności: a) 0-1 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem (nmCRPC), enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu), - albo b) 0-2 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), darolutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mHSPC, mCRPC po wcześniejszym leczeniu docetakselem), olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem (mCRPC); 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 6) nieobecność schorzeń lub stanów stanowiących przeciwwskazanie do zastosowania terapii; 7) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 8) brak rozpoznania raka stercza z różnicowaniem neuroendokrynnym lub raka drobnokomórkowego lub raka przewodowego. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji 1.2.1. Chorych na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami apalutamidem albo enzalutamidem albo darolutamidem w	opóźnione lub leczenie docetakselem przedwcześnie zakończono. 3) enzalutamid: zalecana dawka wynosi 160 mg (cztery tabletki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. Leków hormonalnych nowej generacji nie należy stosować równocześnie z docetakselem (za wyjątkiem darolutamidu w mHSPC) ani innymi antyandrogenami lub inhibitorami CYP17. 4) olaparyb: zalecana dawka wynosi 300 mg (dwie tabletki po 150 mg) dwa razy na dobę, co odpowiada całkowitej dawce dobowej 600 mg. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. Lek stosuje się w monoterapii (za wyjątkiem leczenia skojarzonego z analogiem lub antagonistą LHRH). 5) niraparyb + octan abirateronu: dawka początkowa obejmuje podanie raz dziennie dwóch tabletek zawierających w jednej tabletkę 2 substancje czynne (1 tabletkę: niraparyb 100 mg + octan abirateronu 500 mg) oraz 10 mg prednizonu/prednizolonu. W razie konieczności możliwe jest zastosowanie tabletek o obniżonej zawartości niraparybu (niraparyb 50 mg + octan abirateronu 500 mg). Niedopuszczalne jest zastosowanie niraparybu w skojarzeniu z octanem abirateronu przy użyciu dwóch oddzielnych tabletek (tabletki zawierającej niraparyb i osobno tabletki zawierającej octan abirateronu).	enzalutamidem chorych na nmCRPC); 12) rentgenografia lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem, enzalutamidem chorych na nmCRPC); 13) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania obrazowe powinny być wykonane w ciągu 3 miesięcy przed włączeniem do programu. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwiać późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST lub PCWG. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem), albo olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem); 2) oznaczenie stężenia bilirubiny (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem);
--	--	--

skojarzeniu z docetakselem 1) stadium wrażliwości na kastrację; 2) udokumentowana możliwość rozpoczęcia leczenia docetakselem (w przypadku leczenia darolutamidem); 3) zakończone leczenie docetakselem albo decyzja lekarza o odstąpieniu od stosowania docetakselu wraz z jej uzasadnieniem (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem); 4) brak cech radiologicznej lub biochemicznej progresji u chorych leczonych deprywacją androgenów przed włączeniem do programu; 5) obecność przerzutów potwierdzona w badaniu scyntygrafii kości lub przerzutów do tkanek miękkich lub przerzutów trzewnych w badaniach obrazowych (TK/MR), w przypadku występowania wyłącznie przerzutów do węzłów chłonnych do programu mogą zakwalifikować się jedynie pacjenci z przerzutami nieregionalnymi (tj. występującymi powyżej rozwidlenia aorty); 6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie o założeniu radykalnym, w tym stosowanie hormonoterapii uzupełniającej przez maksymalnie 3 lata, o ile została zakończona co najmniej rok wcześniej; 7) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie deprywacją androgenów (kastacja farmakologiczna lub chirurgiczna), ale nie dłużej niż 6 miesięcy na etapie choroby przerzutowej; 8) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu; 9) niestosowanie leków antyresorpcyjnych wpływających na metabolizm kostny (nie dotyczy leków stosowanych w leczeniu lub profilaktyce osteoporozy); 1.2.2. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów apalutamidem albo darolutamidem albo enzalutamidem 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2;	6) talazoparyb w skojarzeniu z enzalutamidem: zalecana dawka to 0,5 mg talazoparybu w skojarzeniu ze 160 mg enzalutamidu raz na dobę. Lek można stosować z pokarmem lub bez pokarmu. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	5) oznaczenie stężenia kreatyniny (w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem także wyliczenie klirensu kreatyniny); Badania laboratoryjne wykonuje się: – badania krwi regularnie co 2-3 miesiące, również przy braku wskazań klinicznych; – przed podaniem każdej dawki leku w przypadku leczenia docetakselem z darolutamidem (nie dotyczy fazy monoterapii darolutamidem), – morfologia krwi z rozmazem, oznaczenie stężenia kreatyniny i wyliczenie klirensu kreatyniny nie rzadziej niż co 1 miesiąc (w przypadku leczenia olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem). 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) oznaczenie stężenia PSA, nie rzadziej niż co 3 miesiące, a w przypadku wskazań klinicznych decyzją lekarza kolejne oznaczenia mogą być wykonywane częściej; 2) badania obrazowe (RTG/TK/MR) w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji, nie rzadziej niż co 6 miesięcy; 3) scyntygrafia nie rzadziej niż co 6 miesięcy;
---	---	--

2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml; 3) brak przerzutów odległych (cecha M0, dopuszczalne są jedynie przerzuty w węzłach chłonnych poniżej rozwidlenia aorty, o ile w krótkim wymiarze mają mniej niż 2 cm – cecha N1) na podstawie scyntygrafii kości oraz tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego lub rentgenografii klatki piersiowej; 4) wysokie ryzyko rozwoju przerzutów, zdefiniowane jako czas podwojenia stężenia PSA (PSA doubling time – PSA DT) ≤ 10 miesięcy; 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu; 6) brak napadów padaczkowych w wywiadzie lub innych czynników predysponujących do ich wystąpienia (w przypadku leczenia apalutamidem albo enzalutamidem). 1.2.3. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami enzalutamidem przed zastosowaniem docetakselu (gdy zastosowanie chemioterapii nie jest wskazane klinicznie) lub po zastosowaniu docetakselu 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2; 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml lub progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;		4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej. Badania oceniające odpowiedź powinny być wykonywane zawsze przy klinicznym podejrzeniu progresji. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia przekazywane są dane dotyczące wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR) albo nonCR/nonPD, c) stabilizacja (SD) albo non/CR/nonPD, d) progresja (PD), e) całkowite przeżycie (OS) albo czas wolny od progresji (PFS). 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej
--	--	--

3) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu. 1.2.4. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami olaparybem 1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryterium w pkt 2; 2) progresja choroby określona na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml lub progresja zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych; 3) progresja choroby podczas terapii lekiem hormonalnym nowej generacji (możliwe wcześniejsze zastosowanie docetakselu lub kabazytakselu przed lub po leku hormonalnym nowej generacji, o ile stwierdzono nieskuteczność chemioterapii); 4) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie <i>BRCA1</i> lub <i>BRCA2</i>; 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. 1.2.5. Chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (gdy zastosowanie chemioterapii nie jest wskazane klinicznie na etapie mCRPC) niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem		udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

1) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 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) nieobecność wskazań do zastosowania chemioterapii w I linii leczenia mCRPC); 4) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu (z wyjątkiem pacjentów, którzy kontynuują leczenie mCRPC rozpoczęte maksymalnie 4 miesiące wstecz, o ile w trakcie leczenia pacjent nie doznał progresji choroby (nie jest konieczne wykonywanie badań obrazowych, chyba że występują wskazania kliniczne do ich wykonania)) w przypadku leczenia niraparybem + octanem abirateronu; 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia octanem abirateronu w przypadku leczenia talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem; 6) niestosowanie wcześniejszego leczenia niesteroidowymi antyandrogenami; 7) niestosowanie wcześniejszego leczenia inhibitorami PARP; 8) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genie <i>BRCA1</i> lub <i>BRCA2</i> w przypadku leczenia niraparybem + octanem abirateronu; 9) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji (germinalnej lub somatycznej) w genach <i>HRR</i> (<i>BRCA2</i>, <i>ATM</i>, <i>CDK12</i>, <i>CHECK2</i>, <i>BRCA1</i>, <i>PALB2</i>, <i>RAD51C</i>) w przypadku leczenia talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem;		
--	--	--

10) u chorych z klirensiem kreatyniny 31-50 ml/min należy zmniejszyć dawkę leku zgodnie z ChPL, nie wolno stosować leku, kiedy klirens wynosi 30 ml/min lub mniej.

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

2. Czas leczenia w programie

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

3. Kryteria wyłączenia z programu

1) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:

a) progresji choroby określonej na podstawie trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z dwoma wzrostami o co najmniej 50% wobec najniższej wartości osiągniętej w trakcie terapii (nadir) i stężenie PSA >2 ng/ml, chyba że lekarz prowadzący uzna, że leczenie przynosi udokumentowaną korzyść kliniczną i nieuzasadnione jest (albo niemożliwe) zastosowanie terapii kolejnej linii

lub

b) progresji choroby ustalonej na podstawie aktualnej klasyfikacji RECIST (dla zmian w tkankach miękkich) lub PCWG (dla zmian w układzie kostnym);

2) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności:

a) do stopnia 2-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem, darolutamidem (nmCRPC), enzalutamidem (nmCRPC albo mCRPC przed podaniem docetakselu), albo b) do stopnia 3-4 według ECOG w przypadku leczenia apalutamidem (mHSPC), darolutamidem (mHSPC), enzalutamidem (mHSPC, mCRPC po wcześniejszym leczeniu docetakselem), olaparybem albo niraparybem + octanem abirateronu albo talazoparybem w skojarzeniu z enzalutamidem (mCRPC); 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) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		
--	--	--

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) <i>toxinumbotulinum</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek od 18 roku życia; 2) pacjenci: a) po przebytych niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu (ICD-10 I61, I63, I69), udokumentowanym wypisem ze szpitala, lub b) po przebytych urazie OUN (ICD-10 T90, T91) udokumentowanym wypisem ze szpitala, lub c) z udokumentowanym rozpoznaniem stwardnienia rozsianego (ICD-10 G35), lub d) z udokumentowanym rozpoznaniem mózgowego porażenia dziecięcego (ICD-10 G80), lub	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/kończyny góra/górne i dolna/dolne 600 j. (tylko jedna kończyna góra – 350 j., tylko jedna kończyna dolna – 400 j.); 2) Dysport: kończyna/kończyny góra/górne i dolna/dolne 1500 j. (tylko jedna kończyna góra – 1100 j., tylko jedna kończyna dolna – 1500 j.); 3) Xeomin: kończyna/kończyny góra/górne i dolna/dolne – 800 j. (tylko jedna kończyna góra – 500 j., tylko jedna kończyna dolna – 600 j.). Częstość podawania leku zależy od stanu	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 ≤ 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 lub wg decyzji lekarza prowadzącego ale nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy. Podczas wizyt kontrolnych wykonuje się:

e) z udokumentowanym rozpoznaniem paraplegii spastycznej (ICD10 G82, G83). 3) pacjenci z potwierdzoną spastycznością: a) kończyny górnej / kończyn górnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej; lub b) kończyny dolnej / kończyn dolnych w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS ≥ 2) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej; 4) brak przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli dotychczas leczeni w ramach programu lekowego B.30. 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. 3. Kryteria wyłączenia z programu	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 mięśnia lub ultrasonografii (USG).	1) ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o 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
---	--	--

1) brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku Odpowiedź na leczenie definiowana jest jako spadek napięcia mięśniowego ≥ 1 punkt w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS względem wartości wyjściowych; 2) utrwalony przykurcz kończyny górnej lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia; 8) ciąża lub karmienie piersią.		Council (MRC), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ
---	--	---

LECZENIE CHORYCH NA RAKA PRZĘŁYKU, POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO I ŻOŁĄDKA (ICD-10: C15-C16)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
LECZENIE RAKA PRZĘŁYKU I POŁĄCZENIA ŻOŁĄDKOWO-PRZĘŁYKOWEGO		
Indeks wykorzystanych skrótów: AEG - ang. <i>adenocarcinoma of the esophagogastric junction</i> , gruczolakorak połączenia żołądkowo-przłykowego EAC - ang. <i>esophageal adenocarcinoma</i> , gruczolakorak przłyku ESCC - ang. <i>esophageal squamous cell carcinoma</i> , płaskonabłonkowy rak przłyku		
W programie finansuje się leczenie uzupełniające raka przłyku lub połączenia żołądkowo-przłykowego lub jedną z dwóch linii leczenia zaawansowanego raka przłyku lub połączenia żołądkowo-przłykowego substancjami: 1) pembrolizumab; 2) niwolumab; 3) ipilimumab. Leczenie uzupełniające raka przłyku lub połączenia żołądkowo-przłykowego obejmuje: 1) leczenie adiuwantowe niwolumabem w monoterapii dorosłych pacjentów z rakiem przłyku (płaskonabłonkowym lub gruczolowym) lub połączenia żołądkowo-przłykowego, 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 przłyku lub połączenia przłykowo-żołądkowego zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych; 2) stwierdzenie choroby resztkowej $\geq$ ypT1 lub $\geq$ ypN1 po zabiegu chirurgicznym R0 – dotyczy leczenia 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 po pochodną platyny albo z ipilimumabem dorosłych pacjentów z zaawansowanym nieoperacyjnym, nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem przełyku z ekspresją PDL-1 $\geq 1\%$ (I linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci wcześniej nieleczeni systemowo z powodu choroby zaawansowanej/przerzutowej. Za leczenie systemowe nie uznaje się wcześniejszej terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej z nawrotem powyżej 6 miesięcy od jej zakończenia (stosowanie wcześniejszej immunoterapii wyklucza ponowne jej wykorzystanie). 2) leczenie pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą po pochodną platyny i fluoropirymidynę dorosłych pacjentów z miejscowo zaawansowanym płaskonabłonkowym rakiem przełyku nieoperacyjnym lub z przerzutami z ekspresją PDL-1 wg skali CPS ≥ 10 (I linia leczenia). Do leczenia pembrolizumabem kwalifikowani są pacjenci, u których wykluczone jest stosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku nieoperacyjnego lub z	Dawkowanie chemioterapii stosowanej w leczeniu skojarzonym zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną. 2.2. niwolumab w monoterapii Zalecana dawka niwolumabu w ESCC: 240 mg co 2 tygodnie. Zalecana dawka niwolumabu w leczeniu uzupełniającym: 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie przez pierwsze 16 tygodni, a następnie 480 mg co 4 tygodnie. 2.3. niwolumab w skojarzeniu z chemioterapią Zalecana dawka niwolumabu w EAC: 360 mg co 3 tygodnie lub 240 mg co 2 tygodnie. Zalecana dawka niwolumabu w ESCC: 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie Dawkowanie chemioterapii opartej na fluoropirymidynie (5FU) i pochodnej platyny w leczeniu skojarzonym z niwolumabem prowadzone jest zgodnie z odpowiednimi ChPL oraz praktyką kliniczną. W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania chemioterapii możliwe jest odstawienie leczenia cytotoksycznego i kontynuowanie leczenia niwolumabem. 2.4. niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem	– ≥ 5 w przypadku leczenia EAC niwolumabem w skojarzeniu z chemioterapią, – ≥ 10 w przypadku leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią; 5) potwierdzenie zwalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg TPS (tumor proportion score) $\geq 1\%$ - dotyczy leczenia ESCC niwolumabem w skojarzeniu z chemioterapią albo ipilimumabem; 6) 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 <i>fluoropirymidyną</i> (II linia leczenia). Do leczenia kwalifikowani są pacjenci, u których stwierdzono niepowodzenie chemioterapii zastosowanej w pierwszej linii leczenia, opartej na pochodnej <i>platyny</i> i <i>fluoropirymidynie</i>: 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 <i>fluoropirymidynie (5FU)</i> i pochodnej <i>platyny (oksaliplatynie lub kapecytabinie</i> - według schematu CAPOX lub FOLFOX) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem przełyku z ekspresją PD-L1 wg skali CPS $\geq$ 5 (I linia leczenia).	Zalecana dawka niwolumabu w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>: 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie lub 360 mg co 3 tygodnie. Zalecana dawka <i>ipilimumabu</i>: 1 mg/kg mc. co 6 tygodni. W przypadku wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności w wyniku stosowania <i>ipilimumabu</i> możliwe jest odstawienie <i>ipilimumabu</i> i kontynuowanie leczenia <i>niwolumabem</i> w monoterapii.	1) morfologia krwi; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny; 3) oznaczenie stężenia glukozy – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej, 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia sodu i potasu – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej – dotyczy leczenia <i>pembrolizumabem</i>; 9) oznaczenie wolnej T4 i TSH; 10) EKG – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>. Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjent w przypadku leczenia ESCC lub EAC <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>, – nie rzadziej niż co 8 tyg. w zależności od sytuacji klinicznej w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w monoterapii (leczenie uzupełniające i leczenie ESCC), – przed każdym podaniem <i>ipilimumabu</i>, – u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z <i>niwolumabem</i>, badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną, – przed każdym podaniem chemioterapii stosowanej w terapii skojarzonej z <i>pembrolizumabem</i> 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 <i>pembrolizumabem</i> 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 <i>niwolumabu</i> albo <i>pembrolizumabu</i>. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej;		– nie rzadziej niż 6 tygodni należy wykonać badanie wymienione w ppkt 9) w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i>. 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 $\geq$ ypT1 lub $\geq$ ypN1 - dotyczy leczenia uzupełniającego <i>niwolumabem</i> w monoterapii, – rak płaskonabłonkowy przełyku w stadium przerzutowym lub nieoperacyjnym o zaawansowaniu lokoregionalnym – dotyczy leczenia <i>ESCC niwolumabem</i> w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>, – 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 <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią, – gruczolakorak przełyku nieoperacyjny miejscowo zaawansowany lub przerzutowy – dotyczy leczenia <i>EAC niwolumabem</i> 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 <i>EAC niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią, – ≥ 10 w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią; 4) udokumentowana i potwierdzona zwalidowanym testem ekspresja PD-L1 w tkance nowotworowej wg TPS (tumor proportion score) $\geq 1\%$ – dotyczy leczenia <i>ESCC</i>		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.
--	--	--

<i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>; 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 <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią oraz leczenia EAC lub AEG <i>pembrolizumabem</i>; 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 <i>niwolumabem</i> lub <i>pembrolizumabem</i> trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. W przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią (ESCC albo EAC) albo <i>ipilimumabem</i> (ESCC) u pacjentów bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie <i>niwolumabem</i> trwa maksymalnie 24 miesiące. W przypadku leczenia uzupełniającego (adiuwantowego) <i>niwolumabem</i> w monoterapii leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić: – 12 tygodni w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z chemioterapią albo <i>ipilimumabem</i>, – 8 tygodni w przypadku leczenia uzupełniającego <i>niwolumabem</i> w monoterapii, – 6 tygodni w przypadku leczenia <i>pembrolizumabem</i>. 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-PRZĘŁYKOWEGO		
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-przelykowego obejmuje: 1) leczenie niwolumabem w skojarzeniu z chemioterapią skojarzoną opartą na fluoropirymidynie (5FU) i pochodnej platyny (oksalipatynie lub kapecytabinie) - według schematu CAPOX lub FOLFOX) dorosłych pacjentów z HER2-ujemnym zaawansowanym lub przerzutowym gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przelykowego 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 progresją choroby po wcześniejszej chemioterapii pochodnymi platyny i fluoropirymidyną. 3) leczenie triflurydyną z typiracylem pacjentów z gruczolakorakiem żołądka lub połączenia żołądkowo-przelykowego 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 <i>fluoropirymidynę, platynę i taksany</i> lub <i>irinotekan</i> (III linia leczenia). Ponadto, w przypadku pacjentów kwalifikujących się do leczenia <i>triflurydyną z typiracylem</i>, z potwierdzoną nadekspresją receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego wymagana jest wcześniejsza terapia anty-HER2. W programie istnieje możliwość jednorazowego zastosowania immunoterapii z wykorzystaniem <i>niwolumabu</i>. 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 <i>niwolumabem</i>; 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 <i>niwolumabem</i>; 5) brak leczenia kortykosteroidami w dawce większej niż ekwiwalent 10 mg prednizonu dziennie w ciągu ostatniego miesiąca - dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>; 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 umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;	w tym modyfikacja premedykacji, powinno być zgodne z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Premedykacja przed podaniem <i>paklitakselu</i> powinna być zgodna z lokalną praktyką kliniczną. 2.3. triflurydyna z typiracylem Dawka <i>triflurydyny z typiracylem</i>: 35 mg/m² 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 <i>triflurydyną z typiracylem</i>: 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 <i>niwolumabem</i>; 7) oznaczenie poziomu sodu i potasu – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>; 8) oznaczenie poziomu fT4 i TSH – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i>; 9) badanie parametrów układu krzepnięcia w razie wskazań klinicznych – dotyczy leczenia <i>ramucyrumabem</i>; 10) EKG w razie wskazań klinicznych; 11) badanie ogólne moczu – dotyczy leczenia <i>triflurydyną z typiracylem</i> Badania wykonuje się: – nie rzadziej niż co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i>, – przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia <i>ramucyrumabem</i>,
---	---	--

9) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 10) nieobecność objawowych przerzutów do OUN – dotyczy leczenia <i>niwolumabem</i> lub <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i>; 11) nieobecność przerzutów do OUN – dotyczy leczenia <i>ramucyrumabem</i>; 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 <i>niwolumabem</i>; 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 <i>triflurydyny</i> w skojarzeniu z <i>typiracylem</i>, – u chorych poddawanych chemioterapii skojarzonej z <i>niwolumabem</i> badania umożliwiające podanie kolejnego kursu wykonuje się zgodnie z praktyką kliniczną, – dodatkowo przed podaniem każdej dawki <i>paklitakselu</i> badania w ppkt. 1), 3), 4) i 5), – dodatkowo każdorazowo należy wykonać pomiar ciśnienia tętniczego w przypadku leczenia <i>ramucyrumabem</i>. 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 <i>niwolumabem</i>, – nie rzadziej niż co 8 tygodni (lub przed zakończeniem co drugiego kursu jeśli leczenie było czasowo przerwane) w przypadku leczenia <i>ramucyrumabem</i>, – nie rzadziej niż co 12 tygodni (z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu
--	--	---

W przypadku leczenia <i>niwolumabem</i>, u chorych bez progresji lub niedopuszczalnej toksyczności leczenie <i>niwolumabem</i> trwa maksymalnie 24 miesiące. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić: – 12 tygodni w przypadku leczenia <i>niwolumabem</i>; – 8 tygodni w przypadku leczenia <i>ramucyrumabem</i> lub <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i>. 3. Kryteria wyłączenia 1) progresja choroby nowotworowej oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST (w przypadku <i>niwolumabu</i>, 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 <i>triflurydyną</i> z <i>typiracylem</i>. 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.
---	--	---

LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10: C43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie systemowe substancjami: 1) <i>niwolumab</i>; 2) <i>pembrolizumab</i>; 3) <i>niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>ipilimumabem</i>; 4) <i>wemurafenib</i> w skojarzeniu z <i>kobimetynibem</i>; 5) <i>enkoraferib</i> w skojarzeniu z <i>binimetynibem</i>; 6) <i>dabrafenib</i> w skojarzeniu z <i>trametynibem</i>; 7) <i>niwolumab</i> w skojarzeniu z <i>relatlimabem</i>. W leczeniu uzupełniającym finansuje się substancje: 1) <i>niwolumab</i>; 2) <i>pembrolizumab</i>; 3) <i>dabrafenib</i> w skojarzeniu z <i>trametynibem</i>. 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 Szczegóły sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. 1.1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabu w skojarzeniu z relatlimabem Terapie te nie mogą być stosowane łącznie z: 1) innym przeciwciałem monoklonalnym (nie dotyczy skojarzenia niwolumabu z ipilimumabem i skojarzenia niwolumabu z relatlimabem); 2) inhibitorem kinazy BRAF; 3) inhibitorem kinazy MEK. 1.1.1. Zalecane dawki dla terapii niwolumabem: Pacjenci o masie ciała co najmniej 50 kg: 1) 240 mg co 2 tygodnie lub 2) 480 mg co 4 tygodnie.	1. Badania przy kwalifikacji do programu 1) badanie histologiczne potwierdzające obecność czerniaka; 2) ocena obecności mutacji BRAF V600 – nie dotyczy terapii czerniaka w stopniu IIB lub IIC; 3) ocena ekspresji PDL1 na komórkach nowotworu – dla terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 4) wykluczenie przerzutów w biopsji węzłów wartowniczych – dla terapii uzupełniającej pembrolizumabem lub niwolumabem czerniaka w stopniu IIB lub IIC; 5) morfologia krwi z rozmazem; 6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 9) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi; 10) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem,

1) wiek 18 lat i powyżej (dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem wiek 12 lat i powyżej; dla niwolumabu w terapii uzupełniającej po resekcji czerniaka w stadium IIB/IIC wiek 12 lat i powyżej); 2) histopatologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych: a) w stadium zaawansowania IIB lub IIC (dotyczy terapii uzupełniającej pembrolizumabem lub niwolumabem), b) w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV – dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem lub wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem, c) po całkowitym wycięciu w stopniu zaawansowania III (dla terapii uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem) lub z przerzutami odległymi (tylko dla terapii uzupełniającej niwolumabem); 3) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 4) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST – nie dotyczy leczenia uzupełniającego; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do	Pacjenci o masie ciała poniżej 50 kg: 1) 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie lub 2) 6 mg/kg mc. co 4 tygodnie. 1.1.2. Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem: Niwolumab w dawce 1 mg/kg m.c. oraz ipilimumab w dawce 3 mg/kg m.c., co 3 tygodnie dla czterech pierwszych dawek. 1.1.3. Zalecane dawki dla terapii pembrolizumabem: 1) 200 mg co 3 tygodnie lub 2) 400 mg co 6 tygodni. 1.1.4. Zalecane dawki dla terapii niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem: Niwolumab w dawce 480 mg i relatlimab w dawce 160 mg co 4 tygodnie. Dopuszcza się możliwość zawieszenia terapii niwolumabem (w tym u tych chorych, którzy otrzymywali skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem) lub pembrolizumabem po okresie minimum 6 miesięcy trwania terapii u chorych, u których uzyskano korzyść kliniczną (stabilizacja choroby, częściowa lub całkowita odpowiedź wg RECIST) pod następującymi warunkami: 1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach;	dabrafenibem z trametynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem; 11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 12) oznaczenie stężenia mocznika we krwi; 13) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi; 14) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu); 15) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 16) ogólne badanie moczu dla leczonych niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem; 17) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną całej skóry; 18) pomiar masy ciała; 19) ocena sprawności w skali ECOG; 20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 21) elektrokardiogram (EKG); 22) badania obrazowe w celu oceny zmian nowotworowych; 23) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu; badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy w celu udokumentowania zmian przerzutowych;
---	---	---

terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 7) brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytym leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu; 8) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem 1) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anty-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu) oraz a) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego czerniaka skóry lub b) nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe stosowane w zaawansowanym stadium czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlimabem). Farmakologiczne leczenie systemowe (w tym z użyciem anty-PD-1) w stadium zaawansowanym nie obejmuje uzupełniającego leczenia pooperacyjnego.	2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku; 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. 1.2. Dawkowanie wemurafenibu w skojarzeniu z kobimetynibem lub dabrafenibu z trametynibem W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z powyższych leków w terapii skojarzonej z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przez 1 marca 2017 r. mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem lub dabrafenibem aż do zakończenia leczenia. 1.2.1. Zalecane dawki dla terapii dabrafenibem z trametynibem: Dabrafenib w dawce 150 mg dwa razy na dobę oraz trametynib w dawce 2 mg raz na dobę. 1.2.2. Zalecane dawki dla monoterapii dabrafenibem: 150 mg dwa razy na dobę. 1.2.3. Zalecane dawki dla terapii wemurafenibem w skojarzeniu z kobimetynibem:	24) inne badania laboratoryjne i obrazowe (w tym scyntygrafia) w razie wskazań klinicznych. Dodatkowo dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem: 1) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); 2) badanie okulistyczne ostrości i pola widzenia oraz dna oka. Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 28 dni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST (nie dotyczy leczenia uzupełniającego). 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) pełne badanie przedmiotowe wraz z oceną przedmiotową całej skóry; 2) pomiar masy ciała; 3) ocena sprawności w skali ECOG; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 6) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi;
---	--	--

Wcześniejsze leczenie uzupełniające terapią anty-PD-1 czerniaka w stopniu IIB lub IIC (dotyczy pembrolizumabu i niwolumabu), czerniaka z zajęciem węzłów chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji; nie wyklucza z możliwości zastosowania immunoterapii w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV. 2) potwierdzenie ekspresji PDL1 < 1% na komórkach nowotworu (dotyczy terapii niwolumabem z relatlimabem). 1.2.2. skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub terapii skojarzonej dabrafenibem z trametynibem lub terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem 1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 2) wielkość odstępu QTc w badaniu EKG ≤ 500 ms; 3) wykluczone jednoczesne stosowanie chemioterapii. 1.2.3. uzupełniającej dabrafenibem w skojarzeniu z trametynibem 1) potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu; 2) całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni.	Wemurafenib w dawce 960 mg dwa razy na dobę oraz kobimetynib w dawce 60 mg raz na dobę. Terapię kobimetynibem prowadzi się w cyklach 28-dniowych: po 21 dniach podawania leku następuje 7-dniowa przerwa. 1.3. Dawkowanie enkorafenibu w skojarzeniu z binimetynibem: 1.3.1. Zalecane dawki dla terapii enkorafenibem w skojarzeniu z binimetynibem: Enkorafenib w dawce 450 mg raz na dobę oraz binimetynib w dawce 45 mg dwa razy na dobę.	8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 9) oznaczenie stężenia bilirubiny związanej i całkowitej we krwi; 10) oznaczenie stężenia amylazy we krwi – dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem, dabrafenibem z trametynibem oraz enkorafenibem z binimetynibem; 11) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 12) oznaczenie stężenia mocznika we krwi; 13) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi; 14) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (w tym sodu, potasu, wapnia i magnezu); 15) oznaczenie stężenia TSH i fT4 we krwi – dla terapii niwolumabem, pembrolizumabem, terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem i terapii skojarzonej niwolumabem z relatlimabem; 16) ogólne badanie moczu - dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z ipilimumabem lub niwolumabem w skojarzeniu z relatlimabem; 17) pomiar temperatury ciała i wywiad w kierunku występowania gorączek; 18) elektrokardiogram (EKG); 19) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem;
--	---	--

1.2.4. uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem

- 1) całkowita resekcja czerniaka (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego) – czas od resekcji maksymalnie 16 tygodni;
- 2) potwierdzenie zajęcia węzłów chłonnych (dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem) lub przerzutów odległych (dla terapii niwolumabem) w stadiach zaawansowania III – IV;
- 3) wykluczenie przerzutów do węzłów wartowniczych – dla terapii pembrolizumabem lub niwolumabem w stadiach zaawansowania IIB – IIC;
- 4) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry – za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;
- 5) leczenie można rozpocząć w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia.

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, przy czym dla leczenia uzupełniającego łączny czas terapii od rozpoczęcia nie jest dłuższy niż wskazano w punkcie 2.

- 20) badanie okulistyczne, w tym dna oka, w razie wskazań klinicznych - dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem.

Badania laboratoryjne wykonuje się:

- 1) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem lub niwolumabu z relatlimabem: co 6 – 12 tygodni;
- 2) dla pozostałych terapii nie rzadziej niż co 8 – 10 tygodni.

Zaleca się, aby wszystkie próbki były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku.

Elektrokardiogram wykonuje się po miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania.

W przypadku wskazań klinicznych badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej.

2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia

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

Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) uzupełniającej niwolumabem lub pembrolizumabem lub dabrafenibem z trametynibem trwa ona maksymalnie 12 miesięcy. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 2) utrzymujące się istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia uniemożliwiające kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 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) 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 prawnym opiekunów.		Badania wykonuje się: 1) dla terapii skojarzonej wemurafenibem z kobimetynibem lub dabrafenibem z trametynibem lub enkorafenibem z binimetynibem: co 14 – 18 tygodni; 2) u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN: co 8 – 14 tygodni; 3) dla terapii niwolumabem lub pembrolizumabem: po 12 tygodniach, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 4) dla terapii uzupełniającej pembrolizumabem lub niwolumabem po resekcji w stadium IIB lub IIC: po 26 tygodniach, a następnie co 6 – 7 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji; 5) dla terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub niwolumabem z relatlimabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, a następnie co 3 – 4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji. W przypadku chorych leczonych w programie przynajmniej 24 miesiące i uzyskujących korzyść kliniczną, tj. odpowiedź obiektywną lub stabilizację choroby, badania wykonuje się co 6 miesięcy lub przy klinicznym podejrzeniu progresji. Ponadto, niezależnie od stosowanej terapii, badania monitorujące skuteczność leczenia należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych oraz w chwili wyłączenia z programu z przyczyn innych niż udokumentowana progresja choroby. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności stosowanych w ramach niniejszego programu
---	--	--

		terapii określa się indywidualnie dla każdego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: - całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie; - stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD); - całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). 2.3. Kontrola podczas obserwacji chorych, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone 1) ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych; 2) dermatoskopia nowych zmian skórnych; 3) zachęcanie pacjenta do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej we krwi; 5) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej lub asparaginianowej we krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 8) oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej (LDH) we krwi; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym sodu, potasu, wapnia, magnezu) we krwi; 10) oznaczenie poziomu TSH i fT4 we krwi; 11) badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych; 12) scyntygrafia kości w razie wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy).
--	--	--

		Kontrolę pacjenta przeprowadza się: 1) w okresie do 3 lat od zawieszenia: co 3 – 4 miesiące; 2) w okresie kolejnych 3 lat: co 6 – 8 miesięcy; 3) w okresie po 6 latach od zawieszenia: raz w roku, do końca życia, ale tylko badania wymienione w punktach od 1 do 10. 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).
--	--	---

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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 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 cysteaminą w postaci doustnej Zalecana dawka dobową cysteaminą u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m² powierzchni ciała /dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobową leku wynosi 2 g. Preparat podaje się doustnie, cztery razy na dobę, w równych dawkach podzielonych co 6 h. Dawka początkowa powinna stanowić 1/4 do 1/6 zalecanej dawki i być stopniowo zwiększana przez okres 4-6 tygodni, w celu uniknięcia nietolerancji preparatu. W przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Lekniczego, dopuszcza się zwiększenie w/w dawki leku, ale nie przekraczającej 1,95 g/m² powierzchni ciała/dobę. 2. Dawkowanie cysteaminą 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 (ASPART, ALAT) w surowicy krwi na czczo; 4) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR<60 ml/min/1,73 m² powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 5) gazometria krwi żyłnej; 6) badanie ogólne moczu; 7) stężenie TSH, fT4; 8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała; 9) USG jamy brzusznej; 10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR; 11) konsultacja neurologiczna; 12) konsultacja endokrynologiczna;

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 Ultraradkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultraradkich 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 m² powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki); 4) gazometria krwi żyłnej; 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.
--	--	---

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 dożylnie) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni. 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 żyłnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych; 5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP); 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR; 7) poziom białka C-reaktywnego (CRP); 8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;

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.	podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.	10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);
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.	SCIg+rHuPH20 (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego.	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.
4. Kryteria wyłączenia 1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej lub	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	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 żyłnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych; 3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy; 4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy; 5) ocena funkcji wątroby: poziomy ALAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy; 6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy; 7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy; 8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy; 9) masa ciała na każdej wizycie;

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.
---	---	---

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 powołany 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 przeciwwskazań 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 fT₄; 14) pomiar stężenia fT₃; 15) RTG śródreźcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego, 16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 17) morfologia krwi z rozmazem; 18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu:

- 1) objawy pseudo-tumor cerebri;
- 2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej;
- 3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci.

O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) złuszczenie głowy kości udowej;
- 2) pseudo-tumor cerebri;
- 3) cukrzyca;
- 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
- 5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy;
- 6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok;
- 7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca;
- 8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała;
- 9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe;
- 10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych;
- 11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci

konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;

- 19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;
- 20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu:
 - a) test z insuliną,
 - b) test z klonidyną,
 - c) test z glukagonem,
 - d) test z levodopą;
- 21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI);
- 22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o karyotyp 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 fT₄; 6) pomiar stężenia fT₃; 7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca); 8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. 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 śródreżcza, 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.
--	--	--

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: - w przypadku niepowodzenia lub nietolerancji wcześniej stosowanych inhibitorów kinazy tyrozynowej BCR-ABL: <i>ponatynibem</i> (dorośli pacjenci z obecnością genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia), - od 2. lub kolejnej linii leczenia: <i>blinatumomabem</i> (dzieci i dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), <i>inotuzumabem ozogamcyny</i> (dorośli pacjenci bez względu na obecność chromosomu Filadelfia), - w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową (MRD): <i>blinatumomabem</i> (dorośli pacjenci bez obecności chromosomu Filadelfia), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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 <i>ponatynibu</i> wynosi 45 mg podawana doustnie raz na dobę. U pacjenta nietolerującego uprzedniego leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL lub z opomością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo-naczyniowym można stosować dawkę 30 mg lub 15 mg podawaną doustnie raz na dobę. 1.2. blinatumomab 1.2.1. od 2. lub kolejnej linii leczenia Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie), a pomiędzy cyklami występuje 14-dniowy okres bez leczenia. Zalecana dobową dawką <i>blinatumomabu</i> jest ustalana według masy ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Pacjentom o masie ciała 45 kg lub większej podaje się stałą dawkę, a pacjenci ważący mniej	1. Badania przy kwalifikacji 1.1. Badania przy kwalifikacji do: terapii ponatynibem, terapii blinatumomabem od 2. lub kolejnej linii leczenia, lub terapii inotuzumabem ozogamcyny od 2. lub kolejnej linii leczenia: - morfologia krwi z rozmazem; - badanie cytologiczne szpiku; - dodatkowo w przypadku terapii <i>ponatynibem</i>: - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), - oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi, - oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, - oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi, - oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi; - badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność genu <i>BCR-ABL*</i> we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne. - dodatkowo w przypadku terapii <i>blinatumomabem</i> u dorosłych i dzieci:

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. ponatyni b 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) udokumentowana obecność genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia (Ph+); 4) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: 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: <u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest: – w dniach 1-7 w dawce 5 µg/m² p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 9 µg); – w dniach 8-28 w dawce 15 µg/m² p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 28 µg). W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia). <u>Cykl 2:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce 15 µg/m² p.c./dobę w ciągłej infuzji (maksymalna dawka dobową to 28 µg). 2) Pacjenci o masie ciała ≥45 kg: <u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> 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. <i>blinatumomab</i> nie jest podawany (14-dniowy okres bez leczenia). <u>Cykl 2:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji.	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 <i>inotuzumabem ozogamcyny</i>: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, d) oznaczenie APTT, e) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),
---	---	---

po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzone utrzymywanie się dodatniej mierzalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania <i>dazatynibu</i>, lub b) wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania <i>dazatynibu</i>, lub c) nietolerancja leczenia <i>dazatynibem</i>, uniemożliwiająca jego dalsze stosowanie, stwierdzona na dowolnym etapie leczenia, lub d) udokumentowana obecność mutacji T315I genu <i>BCR-ABL</i>, której wystąpienie stwierdzono na dowolnym etapie leczenia. 1.2.2. blinatumomab (2. 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 <i>blinatumomabem</i>) – 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. <u>Cykl 1:</u> <i>blinatumomab</i> podawany jest w dniach 1-28 w dawce 28 µg/dobę w ciągłej infuzji. W dniach 29-42 cyklu 1. <i>blinatumomab</i> 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 <i>Inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest dożylnie w infuzji trwającej 1 godzinę. 1) Pacjenci, u których planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych	f) oznaczenie stężenia fibrynogenu, g) badanie immunofenotypowe metodą cytometrii przepływowej w celu określenia odsetka limfoblastów z ekspresją CD22 w szpiku lub krwi, h) badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe materiału tkankowego innego niż szpik lub krew w celu potwierdzenia obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD22, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych we krwi, i) 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 blinatumomabem 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. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. ponatynibem Badania wykonywane co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc, a następnie co 4 tygodnie:
---	---	--

wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. 1.2.3. blinatumomab (2. 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 <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia; 4) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych; 5) stosowanie uprzednio co najmniej jednej linii leczenia; 6) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: a) brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia, definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, b) wznowa hematologiczna lub brak molekularnej remisji choroby ($MRD > 10^{-4}$) po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia, c) wznowa hematologiczna po wcześniejszym przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, 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> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w 3 dawkach podzielonych: – w dniu 1. w dawce $0,8 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$, – w dniu 8. w dawce $0,5 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$, oraz – w dniu 15. w dawce $0,5 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$, co odpowiada dawce całkowitej $1,8 \text{ mg/m}^2 \text{ pc./cykl}$. 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> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce $0,5 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$, – w dniu 8. w dawce $0,5 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$, oraz – w dniu 15. w dawce $0,5 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$, co odpowiada dawce całkowitej $1,5 \text{ mg/m}^2 \text{ pc./cykl}$. U pacjentów, którzy nie uzyskali CR lub CRi <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce $0,8 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$, – w dniu 8. w dawce $0,5 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$, oraz – w dniu 15. w dawce $0,5 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}$, co odpowiada dawce całkowitej $1,8 \text{ mg/m}^2 \text{ pc./cykl}$.	1) morfologia krwi z rozmazem (wykonywana także w ramach monitorowania skuteczności leczenia); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia lipazy w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia trójglicerydów we krwi; 6) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego we krwi; 7) oznaczenie stężenia cholesterolu HDL we krwi; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu LDL we krwi; Badania wskazane w pkt 5-8 wykonuje się tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem. 2.2. blinatumomabem w terapii od 2. 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 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 stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi.
--	---	---

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 Lekowego (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 <i>blinatumomabem</i>) – nie dotyczy dzieci, u których nastąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. 1.2.4. blinatumomab (2. 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 <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Filadelfia; 5) ekspresja antygenu CD19 na komórkach białaczkowych; 6) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia; 7) wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: 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. <u>Cykl 1:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w 3 dawkach podzielonych: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m² pc./cykl. 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> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> u pacjentów, którzy uzyskali CR lub CRi podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m² pc./cykl. U pacjentów, którzy nie uzyskali	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: 1) badanie cytogenetyczne lub badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność genu <i>BCR-ABL</i>* we krwi lub szpiku; 2) badanie cytologiczne szpiku. 3.2. blinatumomabem w terapii od 2. 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;
---	--	--

– odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ 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 $\geq 5\%$ lub – obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, po okresie remisji, tj. stanu, w którym żaden z 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 <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,8 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,8 mg/m² pc./cykl. Cykl 2 i 3 trwają po 28 dni, w tym od dnia 21. każdego cyklu następuje 7-dniowa przerwa w leczeniu. <u>Cykle 4-6:</u> <i>inotuzumab ozogamycyny</i> podawany jest w każdym cyklu: – w dniu 1. w dawce 0,5 mg/m² pc., – w dniu 8. w dawce 0,5 mg/m² pc., oraz – w dniu 15. w dawce 0,5 mg/m² pc., co odpowiada dawce całkowitej 1,5 mg/m² pc./cykl. 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.	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 <i>inotuzumabem ozogamycyny</i> 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; 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.
--	---	--

identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu <i>blinatumomabem</i>) – nie dotyczy chorych, u których wystąpiła wznowa i nie jest u nich planowane wykonanie przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. 1.2.5. inotuzumab ozogamycyny (2. lub kolejna linia leczenia) 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 4) ekspresja antygenu CD22> 1% na komórkach białaczkowych; 5) w przypadku pacjenta: a) z chromosomem Filadelfia: – brak całkowitej remisji po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji - lub – wznowa hematologiczna po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji, b) bez chromosomu Filadelfia: – brak całkowitej remisji po leczeniu indukującym remisję - lub – wznowa hematologiczna choroby. 1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową: 1.3.1. blinatumomab - dorośli	Zalecenia dotyczące premedykacji i dodatkowych leków zgodnie z odpowiednią, aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	
---	---	--

1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) ostra białaczka limfoblastyczna z komórek prekursorowych limfocytów B; 4) brak obecności genu <i>BCR-ABL</i> 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 $\geq 1000/\mu\text{l}$, płytki krwi $\geq 50\,000/\mu\text{l}$ i stężenie hemoglobiny $\geq 9\text{ g/dl}$); 8) obecność mierzalnej choroby resztkowej lub jej nawrót (definiowane jako $\text{MRD} \geq 10^{-3}$, tj. $\text{MRD} \geq 0,1\%$ w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej 10^{-4}); 9) brak uprzedniego przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 10) brak cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu; 11) brak przeciwwskazań do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w przypadku identyfikacji dawcy).		
--	--	--

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:

- 1) *ponatynibem* – należy dążyć do wykonania możliwie szybko przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego, a leczenie *ponatynibem* należy zakończyć przed przeszczepieniem. W przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby.
- 2) *blinatumomabem* od 2. lub kolejnej linii leczenia – można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia, a czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. W momencie kwalifikacji do leczenia *blinatumomabem*, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego), w celu wykonania przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych po jednym lub dwóch cyklach leczenia *blinatumomabem* u chorego, który uzyskał:

a) całkowitą remisję definiowaną jako spełnienie wszystkich następujących warunków: – odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%, – brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną, – brak pozaszpikowych ognisk choroby, lub b) całkowitą remisję z niepełną regeneracją hematologiczną (CRi) – w przypadku kwalifikacji chorego do przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych; 3) <i>inotuzumabem ozogamycyny</i> – 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) <i>blinatumomabem</i> 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 <i>ponatynibem</i>: brak całkowitej remisji hematologicznej po 3 miesiącach stosowania <i>ponatynibu</i> u		
--	--	--

chorego, u którego stwierdzono oporność na wcześniejsze leczenie <i>dazatynibem</i> lub nawrót hematologiczny, b) w przypadku terapii <i>blinatumomabem</i> stosowanym od 2. lub kolejnej linii leczenia u dzieci: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia <i>blinatumomabem</i>, definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, c) w przypadku terapii <i>blinatumomabem</i> stosowanym od 2. lub kolejnej linii leczenia u dorosłych: brak całkowitej remisji po pierwszym cyklu leczenia definiowany jako: – odsetek komórek blastycznych w szpiku $\geq 5\%$ lub – obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną lub – obecność pozaszpikowych ognisk choroby, lub brak całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną (CRI); d) w przypadku terapii <i>inotuzumabem</i> <i>ozogamycyny</i>: 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 <i>blinatumomabu</i> od 2. lub kolejnej linii leczenia – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni, b) w przypadku stosowania <i>blinatumomabu</i> u pacjenta w całkowitej remisji z mierzalną chorobą resztkową – wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni; 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 (ALL) udostępnia się terapię CAR-T z zastosowaniem: 1) <i>tisagenlecleucelu</i> (pacjenci w wieku do 25 lat włącznie), albo 2) <i>breksukabtagenu autoleucel</i> (pacjenci w wieku 26 lat i powyżej), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u>	1. Dawkowanie leku Schemat dawkowania <i>tisagenlecleucelu</i> oraz <i>breksukabtagenu autoleucel</i> zgodnie zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tych substancji czynnych. Chemioterapię limfodeplecyjną należy stosować zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu</i>	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), b) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi;

1. Kryteria kwalifikacji Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T w leczeniu chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta. Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2.) dla poszczegółnej terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B; 2) nawrót choroby lub oporność na wcześniejsze leczenie; 3) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. tisagenlecleucel 1) wiek do 25 lat (włącznie); 2) stan sprawności ≥ 50 według skali Karnofsky'ego (wiek ≥ 16 lat) lub Lansky'ego (wiek < 16 lat); 3) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: a) drugi lub kolejny nawrót; - lub b) nawrót po przeszczepieniu allogenicznym krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4	<i>autoleucel</i>. Przed podaniem <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i> zaleca się zastosowanie premedykacji zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla tych produktów. <i>Tisagenlecleucel</i> oraz <i>breksukabtagen autoleucel</i> muszą być podawane w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi <i>tisagenlecleucel</i>em lub <i>breksukabtagenem autoleucel</i>. 2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego Postępowanie zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego odpowiednio dla <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i>.	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); 15) ocena LVEF wykonana metodą ECHO/MUGA.
--	---	---

miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem *tisagenlecleucelu*,

lub

c) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) po 2 cyklach standardowej chemioterapii lub chemiooporność definiowana jako nieosiągnięcie CR po jednym cyklu leczenia reindukującego stosowanego w nawrocie ostrej białaczki limfoblastycznej,

lub

d) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI,

lub

e) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwwskazania do leczenia kondycjonującego przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT;

4) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m² albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci);

5) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku;

6) stężenie bilirubiny <2,0 mg/dl;

7) funkcja skurczowa lewej komory ≥28% potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory ≥45% potwierdzona za pomocą echokardiogramu.

1.2.2. breksukabtagenem autoleucel

1) wiek 26 lat i powyżej;

1.2. Badania bezpośrednio przed podaniem *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*:

1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

2) białka ostrej fazy:

a) oznaczenie stężenia CRP,

b) oznaczenie stężenia ferrytyny;

3) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (jak w pkt 1.1.);

4) ocena funkcji nerek (jak w pkt 1.1.);

5) ocena funkcji wątroby (jak w pkt 1.1.);

6) ocena cytologiczna i cytometryczna (wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych) aspiratu szpiku lub nacieku pozaszpikowego bezpośrednio przed podaniem CAR-T (badanie można pominąć, jeśli od wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku przy kwalifikacji do programu upłynęło mniej niż 3 tygodnie).

1.3. Badania w dniu następnym po podaniu *tisagenlecleucelu* albo *breksukabtagenu autoleucel*

1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;

2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi:

a) oznaczenie czasu protrombinowego (PT),

b) oznaczenie APTT,

c) oznaczenie INR,

d) oznaczenie stężenia fibrynogenu,

3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS):

a) oznaczenie stężenia CRP,

b) oznaczenie stężenia ferrytyny,

2) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 3) obecność w szpiku kostnym >5% blastów białaczkowych CD19+; 4) spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: a) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu pierwszej linii, lub b) pierwszy nawrót choroby w przypadku remisji trwającej ≤12 miesięcy; lub c) drugi lub kolejny nawrót choroby; lub d) nawrót po przeszczepieniu allogenicznym krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 100 dniach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem <i>breksukabtagenu autoleucel</i>, lub e) ostra białaczka limfoblastyczna z obecnym chromosomem Filadelfia, z nietolerancją lub z niepowodzeniem leczenia co najmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR-ABL (TKI) albo przeciwwskazania do terapii TKI; 5) czynność serca, wątroby, nerek oraz płuc pozwalająca w ocenie lekarza prowadzącego na przeprowadzenie terapii. 2. Określenie czasu leczenia w programie U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. jedno podanie <i>tisagenlecleucelu</i> albo jedno podanie <i>breksukabtagenu autoleucel</i>). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.		c) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), d) oznaczenie stężenia D-dimerów. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia po podaniu CAR-T 1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS; 2) w przypadku podejrzenia lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: a) oznaczenie stężenia CRP, b) oznaczenie stężenia ferrytyny, c) oznaczenie stężenia 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 stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia elektrolitów.
--	--	---

3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu: 1) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) okres ciąży lub karmienia piersią; 3) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe; 4) zakażenie HIV; 5) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B, C; 6) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych; 7) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4; 8) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków jak: a) cyklofosfamid i fludarabina albo cytarabina i etopozyd – w przypadku leczenia <i>tisagenlecleucel</i>em, b) cyklofosfamid i fludarabina – w przypadku leczenia <i>breksukabtagenem autoleucel</i>; 9) aktywna obturacyjna lub restrykcyjna choroba płuc; 10) aktywna hemoliza; 11) aktywna koagulopatia; 12) aktywna choroba autoimmunologiczna; 13) pierwotny niedobór odporności; 14) wcześniejsze leczenie CAR-T (anty-CD19); 15) jedynie w przypadku terapii <i>breksukabtagenem autoleucel</i>:		Badania wskazane w pkt 4-9 wykonuje się co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania CAR-T, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej. Leczenie CRS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. W przypadku podejrzenia lub wystąpienia neurotoksyczności – ICANS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, w tym badania obrazowe, takie jak TK lub NMR głowy. Leczenie ICANS należy prowadzić zgodnie z rekomendacjami i zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia: 3.1. Badania wykonywane w pierwszym roku od podania <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i> 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 <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i> co 3 miesiące: 1) ocena cytologiczna, cytometryczna lub molekularna aspiratu szpiku kostnego (w przypadku podania <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i>) lub nacieku pozaszpikowego (jeśli dotyczy w przypadku podania <i>tisagenlecleucelu</i>); 2) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach); 3) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG (w celu ewentualnego leczenia substytucyjnego immunoglobulinami
--	--	--

a) izolowana pozaszpikowa wznowa ALL, lub b) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego przez ALL. 4. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania <i>tisagenlecleucelu</i> albo <i>breksukabtagenu autoleucel</i>.		zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego dla odpowiedniego leku). 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) <i>beksaroten w monoterapii</i>, b) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i>, c) <i>mogamulizumab w monoterapii</i>, 2) chorym na zespół Sezary'ego: a) <i>beksaroten w monoterapii</i>, b) <i>mogamulizumab w monoterapii</i>, 3) chorym na pierwotnie skórno chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL): a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i> <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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;	1. Dawkowanie 1.1. <i>beksaroten w monoterapii</i> – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary'ego Zalecana dawka początkowa beksarotenu to 300 mg/m² p.c./dobę. Obliczenie dawki początkowej zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki beksarotenu 150 mg/m² p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m² p.c./dobę 1.2. <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i> – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu pierwotnie skórno chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) określenie TNMB i mSWAT; 7) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją); 8) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 9) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia brentuksymabem vedotin – badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka;

2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG (w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem i mogamulizumabem dopuszcza się stan sprawności według ECOG 3 – jeśli wynika z zaawansowania chłoniaka); 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów 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 umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>ziarniniaka grzybiastego</u> 1.2.1. beksaroten 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	Zalecana dawka brentuksymabu vedotin wynosi 1,8 mg/kg m.c. podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, co 3 tygodnie. 1.3. mogamulizumab w monoterapii – w leczeniu ziarniniaka grzybiastego i w leczeniu zespołu Sezary’ego Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). Zalecana dawka mogamulizumabu to 1 mg/kg m.c. podawana w infuzji dożylnej trwającej co najmniej 60 minut w dniach 1., 8., 15. i 22. cyklu 1., a następnie w dniach 1. i 15. każdego kolejnego cyklu. 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.	10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia beksarotenem: a) oznaczenie stężenia TSH, b) oznaczenie stężenia fT4, c) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram), d) EKG z opisem; 11) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia mogamulizumabem: a) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA), b) badanie przesiewowe w kierunku HCV (anty-HCV, a w razie konieczności HCV RNA), c) badanie przesiewowe w kierunku HIV, d) badania w celu oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS): – oznaczenie stężenia elektrolitów (sód, potas, wapń, fosfor), – oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. beksarotenem w monoterapii – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub zespół Sezary’ego
--	---	---

c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym; 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 prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;		Badania wykonywane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii, a następnie 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku): 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) oznaczenie stężenia TSH; 7) oznaczenie stężenia fT4; 8) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram). 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 jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. 2.2. brentuksymabem vedotin w monoterapii – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub pierwotnie skórniego chłoniaka
---	--	---

1.2.3. mogamulizumab w monoterapii 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza ziarniniaka grzybiastego; 2) stadium zaawansowania określone jako IB lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC); 3) stosowano wcześniej co najmniej jedną linię leczenia systemowego ziarniniaka grzybiastego; 4) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia zespołu Sezary’ego 1.3.1. beksaroten w monoterapii 1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary’ego; 2) spełnienie jednego z poniższych kryteriów: a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich, lub b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN), lub c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym; 3) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży (w postaci niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) w trakcie terapii oraz do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.		anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL) Badania wykonywane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. 2.3. mogamulizumabem w monoterapii – u chorych na ziarniniaka grzybiastego lub zespół Sezary’ego 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 2) badania wykonywane przed i po podaniu leku w pierwszym miesiącu leczenia – w celu monitorowania ze względu na ryzyko zespołu rozpadu guza (TLS):.
--	--	--

1.3.2. mogamulizumab w monoterapii 1) potwierdzona w oparciu o wynik cytometrii diagnoza zespołu Sezary’ego; 2) stosowano wcześniej co najmniej jedną linię leczenia systemowego zespołu Sezary’ego; 3) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.4. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia <u>pierwotnie skórno-chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL)</u> 1.4.1. brentuksymab vedotin w monoterapii 1) potwierdzona badaniem histopatologicznym skóry diagnoza pierwotnie skórno-chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (pcALCL); 2) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w jednej biopsji zmian w pcALCL; 3) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.5. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii:		a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia elektrolitów (sód, potas, wapń, fosfor), c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) kontrolne badania obrazowe – wykonywane w zależności od potrzeb klinicznych; 2) wypełnienie skali mSWAT – raz na 2 miesiące. Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w kolumnie „Świadczeniobiorcy” w pkt 4 „Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii beksarotenem” powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych (o ile zasadne jest ich wykonanie), który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe (o ile zasadne jest ich wykonanie) muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.
--	--	--

1) <i>brentuksymabem vedotin</i> w <i>monoterapii</i> – 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, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym toksyczności: a) w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku – w przypadku terapii <i>beksarotenem</i> w <i>monoterapii</i>, b) wymagającej przerwania leczenia zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – w przypadku terapii <i>brentuksymabem vedotin</i> w <i>monoterapii</i> oraz <i>mogamulizumabem</i> w <i>monoterapii</i>; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej – w przypadku terapii <i>beksarotenem</i> w <i>monoterapii</i>		Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
--	--	--

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 1. linii leczenia a) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i>, 2) w 2. i kolejnych liniach leczenia a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii.</i> <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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 0-2 według skali ECOG;	1. Dawkowanie 1.1. <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i> <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. <u>Cyklofosfamid:</u> zalecana dawka to 750 mg/m² pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi; 6) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 7) badanie immunohistochemiczne na obecność antygenu CD30+ w tkance chłoniaka; 8) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK).

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 Charakterystyką Produktu Leczniczego; 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. Kryteria kwalifikacji do 1. linii leczenia 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia układowego chłoniaka anaplastycznego z dużych komórek (sALCL). 1.3. Kryteria kwalifikacji do 2. i kolejnych linii leczenia 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 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	<u>Dokсорubicyna</u>: zalecana dawka to 50/m² pc. podawana we wlewie dożylnym co 3 tygodnie. <u>Prednizon</u>: 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 <u>Dorośli</u>: Zalecana dawka brentuksymabu vedotin u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg m.c. 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 podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać	2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Badania wykonywane przed każdym podaniem leku: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 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 1. linii leczenia; 2) po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami – w przypadku terapii w 2. i kolejnych liniach leczenia. 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.
--	---	--

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) <i>brentuksymabem vedotin w skojarzeniu z cyklofosfamidem, doksorubicyną i prednizonem (CHP)</i> – leczenie trwa maksymalnie do 8 cykli; 2) <i>brentuksymabem vedotin w monoterapii</i> – leczenie trwa maksymalnie do 16 cykli. 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 1. linii leczenia, b) progresja choroby w trakcie leczenia nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia, albo brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia albo nawrót choroby w trakcie trwania leczenia – w przypadku terapii w 2. lub kolejnych liniach leczenia; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania, w tym toksyczności według WHO powyżej 3; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) okres ciąży lub karmienia piersią;	maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku). 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.	Wykonane badania obrazowe muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.
---	--	--

6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
		4. 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 dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) choroba stabilna (SD), d) progresja choroby (PD), e) przeżycie bez progresji choroby (PFS), f) przeżycie całkowite (OS); 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) części I programu nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.
--	--	--

LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, G25.82, M33.0, M33.1, M33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>immunoglobuliną ludzką normalną</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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 spełniający łącznie kryteria odpowiednio w następujących rozpoznaniach: 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 przeciwwskazaniach do ich stosowania. 1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)	1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylniej: 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. 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, miopatii zapalnych i SPS dawkowanie ustala się indywidualnie. 2. Dawkowanie immunoglobulin podskórnych (SCIg, fSCIg), posiadających zarejestrowane wskazania do stosowania w leczeniu immunomodulacyjnym u dorosłych, dzieci i młodzieży (0-18 lat) z przewlekłą zapalną demielinizacyjną polineuropatią (CIDP) jako leczenie podtrzymujące po stabilizacji za pomocą IVIg, u grupy chorych otrzymujących IVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:	1. Badania przy kwalifikacji: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 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;

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 CO₂ (ciśnienie parcjale powyżej 45 mmHg); 3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO₂ poniżej 93%; 4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy; 5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwskazania do ich stosowania; 6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym; 7) nasilenie objawów miastonii w okresie ciąży. 1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eaton, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowo-czuciowa udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych: 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	1) SCIg Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylniej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na tydzień. Początkowa dawka podskórna może być zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylniej (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona. Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki. W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg m.c. na tydzień. 2) fSCIg Preparat immunoglobuliny ludzkiej do podawania podskórnego z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy (Ig+rHuPH20). Leczenie rozpoczyna się 2 tygodnie po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylniej. Zalecana dawka podskórna wynosi od 0,3 do 2,4 g/kg masy ciała na miesiąc, podawana w 1 lub 2 sesjach w ciągu 1 lub 2 dni. Dawkowanie fSCIg	14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych; 15) w przypadku kwalifikacji do SPS oznaczenie przeciwciał anty-GAD. O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylniej: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT; 4) oznaczenie aktywności AST; 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. 2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylniej: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT; 4) oznaczenie aktywności AST; oraz do decyzji lekarza: 5) proteinogram;
---	--	---

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. 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.	zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych immunoglobulin podskórnych (SCIg, fSCIg) 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 podjąć w przypadku ich wystąpienia, d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi	6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. Należy także ocenić: 7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej. 2.3. W przypadku leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną (SCIg, fSCIg) każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego. 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie aktywności ALT, 4) oznaczenie aktywności AST; oraz do decyzji lekarza: 5) proteinogram; 6) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał. Należy także ocenić: 7) skuteczność zastosowanej terapii podczas każdego cyklu leczenia na podstawie wyników oceny klinicznej. 3. Monitorowanie programu
---	---	---

1.9. Zespół sztywności uogólnionej (SPS) 1) potwierdzony: a) badaniem EMG, b) oznaczeniem przeciwciał przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego (przeciwciał anty-GAD); 2) przy braku skuteczności leczenia objawowego: baklofenem, tynidazyną benzodiazepinami i gabapentyną lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania i istotnych klinicznie objawach SPS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. 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) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia, a w przypadku kontynuacji terapii - pomimo zastosowania każdego kolejnego cyklu leczenia; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą;	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.	1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym danych dotyczących skuteczności leczenia opisanych w pkt 3. kryteriów wyłączenia, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwaną dalej ChPL); 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.		
---	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBYMI SIATKÓWKI (ICD-10: H34, H35.3, H36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
A. LECZENIE PACJENTÓW Z WYSIĘKOWYM ZWYRODNIENIEM PŁAMKI ZWIĄZANYM Z WIEKIEM (nAMD)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). 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 leczenie wysiękowego zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem substancjami: 1) <i>aflibercept 2 mg</i>; 2) <i>aflibercept 8 mg</i>; 3) <i>brolocizumab</i>; 4) <i>farycymab</i>; 5) <i>ranibizumab</i>. 1. Kryteria kwalifikacji 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji	1. Dawkowanie 1.1. Zalecane dawki na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe to: 1) <i>aflibercept</i> – 2 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 2) <i>aflibercept</i> 8 mg; co odpowiada 70 µl roztworu (0,07ml); 3) <i>brolocizumab</i> – 6 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 4) <i>farycymab</i> – 6 mg; co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 5) <i>ranibizumab</i> – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez: 1) 3 kolejne miesiące – <i>aflibercept 2 mg</i>, <i>aflibercept 8 mg</i>, <i>brolocizumab</i>, <i>farycymab</i>; 2) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w	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. W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji (pkt 10 Kryteriów wyłączenia), kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenie badań do pełnego zakresu.

podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT; 2) wiek 45 lat i powyżej; 3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego); 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2 – 0,8, określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych; 6) brak dominującego zaniku geograficznego; 7) brak dominującego wylewu krwi; 8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna); 9) brak przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL i wiedzę medyczną; 10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt 10 kryteriów wyłączenia oraz pacjenci którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi	ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – <i>ranibizumab</i>. 1.3. Faza podtrzymująca Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „treat-and-extend”. Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami: 1) <i>aflibercept 2 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni; 2) <i>aflibercept 8 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni z maksymalnym wydłużeniem do 20 tygodni u pacjentów bez aktywności choroby; 3) <i>brocizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni i maksimum co 12 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; 4) <i>farycimab</i> – iniekcje wykonuje się co 16 tygodni (u pacjentów bez aktywności choroby) lub 8 lub 12 tygodni (u pacjentów z aktywnością choroby), jednorazowo odstęp między dawkami można zwiększać do maksymalnie 16 tygodni i skracać minimalnie do 8 tygodni;	2. Monitorowanie leczenia 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) opcjonalnie: a) fotografia dna oka, b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa). Badania przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania. Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) uzyskanie poprawy, b) stabilizację choroby, c) progresję choroby. 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. 2. Monitorowanie programu 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie
---	---	--

afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu: a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP 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. 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. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku 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	5) <i>ranibizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie. 1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent. 1.5. Wstrzymanie podawania leku Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi: - ciśnienie śródgałkowe ≥ 30 mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia); - rozerwanie siatkówki; - wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi $\geq 50\%$ całkowitej powierzchni zmiany; - przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący); O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu. 1.6. Zmiana leku lub dawki leku w programie W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lub celem zwiększenia odstępu pomiędzy iniekcjami lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod	elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt. 2 – Monitorowanie leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z 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.
---	---	---

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); 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) czynne zakażenie oka lub jego okolic; 5) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki; 6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia; 7) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 8) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL lub aktualną wiedzą medyczną; 9) okres ciąży lub karmienia piersią; 10) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji <i>afliberceptu 2 mg</i> lub <i>afliberceptu 8 mg</i> lub <i>brolicizumabu</i> lub <i>farycymabu</i> lub <i>ranibizumabu</i> w okresie 5 miesięcy od podania ostatniej dawki leku; 11) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym:	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 od początku terapii – w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu zgodnie z kryteriami włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W przypadku afliberceptu występującego w dwóch dawkach terapeutycznych lekarz prowadzący może podjąć samodzielnie decyzję o zmianie dawki na wyższą po zakończeniu fazy nasycenia dawką 2 mg, od której rozpoczęto leczenie, z dostosowaniem schematu dawkowania w dalszym prowadzeniu pacjenta. W przypadku braku skuteczności leczenia dawką afliberceptu 8 mg nie można dokonać zmiany leku na dawkę 2 mg. Za brak skuteczności terapii należy uznać: a) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu lub b) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian	
---	--	--

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 z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).	w plamce w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku.	
B. LECZENIE PACJENTÓW Z CUKRZYCOWYM OBRZĘKIEM PLAMKI (DME)		
Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców w pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego. Kwalifikacja do programu świadczeniobiorców wymagających zmiany leku w programie lub leczonych wcześniej w ramach innych źródeł finansowania przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny), na wniosek lekarza prowadzącego, po udokumentowaniu otrzymania co najmniej 5 iniekcji anty-VEGF w poprzednim etapie leczenia. 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 leczenie cukrzycowego obrzęku plamki substancjami:	1. Dawkowanie leków 1.1. Zalecane dawki na jedno podanie doszkliskowe to: 1) <i>aflibercept</i> – 2 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 2) <i>aflibercept</i> – 8 mg, co odpowiada 70 µl roztworu (0,07 ml); 3) <i>bewacyzumab</i> – 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 4) <i>brolocizumab</i> – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 5) <i>deksametazon</i> – 700 µg, co odpowiada jednemu implantowi doszkliskowemu; 6) <i>farycymab</i> – 6 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml); 7) <i>ranibizumab</i> – 0,5 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml). 1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca	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) konsultacja diabetologiczna, lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza POZ z wynikiem badania HbA1c i oceną wyrównania ciśnienia tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy. W przypadku posiadania przez pacjenta aktualnego

1) <i>aflibercept 2 mg</i>; 2) <i>aflibercept 8 mg</i>; 3) <i>bewacyzumab</i>; 4) <i>brolocizumab</i>; 5) <i>deksametazon</i> w postaci implantu doszklistkowego; 6) <i>farycymab</i>; 7) <i>ranibizumab</i>. 1. Kryteria kwalifikacji 1) obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku plamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozłana), CME – postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza); 2) wiek 18 lat i powyżej; 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; 5) stężenie HbA1c: a) w przypadku leczenia <i>bewacyzumabem</i>: należy rozpocząć terapię bez względu na jego poziom, jeżeli po 5 dawkach leku poziom HbA1c > 9% leczenie należy kontynuować tym samym lekiem do momentu osiągnięcia stężenia HbA1c ≤ 9% kiedy Zespół Koordynacyjny może podjąć decyzję o zmianie leku; b) na inny lek niż <i>bewacyzumab</i>, gdy stężenie HbA1c ≤ 9%; 6) brak dominującej błony przedsiatkówkowej;	Leczenie pacjentów pierwszorazowych lub leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek <i>bewacyzumabu</i>, podawanych w odstępach 28 – 35 dni. U pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku rozpoczęcia leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem <i>deksametazonu</i> w postaci implantu. Jedna iniekcja w odstępach 28 – 35 dni przez: 1) 3 kolejne miesiące – <i>aflibercept 8 mg</i>; 2) 5 kolejnych miesięcy – <i>bewacyzumab, aflibercept 2 mg</i>; 3) 3 lub 4 kolejnych miesięcy – <i>farycymab</i>; 4) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia – <i>ranibizumab</i>. Jedna iniekcja co 6 tygodni przez: 1) 5 kolejnych dawek - <i>brolocizumab</i>. 1.3. Faza podtrzymująca Schemat dawkowania ustalany jest indywidualnie na podstawie oceny aktywności choroby przez lekarza prowadzącego, zgodnie z zasadą „treat-and-extend”. Odstępy między podaniami mogą być skracane lub wydłużane, tak aby podtrzymać odpowiedź na leczenie w zakresie parametrów wzrokowych i anatomicznych, zgodnie z poniższymi zapisami:	badania HbA1c (z ostatnich 6 miesięcy, uzyskanego na podstawie badania laboratoryjnego lub w postaci odczytu z elektronicznych systemów monitorowania glikemii) o konieczności konsultacji specjalistycznej decyduje lekarz prowadzący pacjenta. W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z pkt. 3 (Kryteria przerwania terapii) kwalifikację pacjenta opierać należy na badaniach z pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu. 2. Monitorowanie leczenia 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych lub lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej – co 12 miesięcy od momentu kwalifikacji do programu; 4) opcjonalnie: a) fotografia dna oka, b) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa). 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Badania wymienione w pkt 1, 2 i 4 przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie
--	--	---

7) brak aktywnych włókno-naczyniowych trąkci, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie; 8) brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej; 9) brak krwotoku do ciała szklistego wymagającego leczenia operacyjnego; 10) brak neowaskularyzacji tęczówki; 11) brak jaskry neowaskularnej; 12) uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe; 13) brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie; 14) brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w płamce 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; 15) brak innych przeciwwskazań do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL i wiedzę medyczną; 16) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt 3 (Kryteria przerwania terapii), gdy przyczyna przerwania terapii trwała dłużej niż 5 miesięcy w	1) <i>aflibercept 2 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu, jednorazowo odstęp można wydłużyć lub skrócić o 2 lub 4 tygodnie; minimalny odstęp między iniekcjami wynosi 4 tygodnie, a maksymalny 16 tygodni; 2) <i>aflibercept 8 mg</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni z maksymalnym wydłużeniem do 20 tygodni u pacjentów bez aktywności choroby; 3) <i>bewacyzumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku skuteczności leczenia odstęp ten można wydłużyć po 12 miesiącach leczenia; 4) <i>brolicizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 8 tygodni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu; w przypadku braku aktywności choroby po 12 miesiącach leczenia odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć do 16 tygodni; 5) <i>deksametazon</i> w postaci implantu – zgodnie z ChPL; w przypadku nawrotu aktywności choroby schemat dawkowania ustala lekarz prowadzący stosując lek nie częściej niż w odstępach co 4 miesiące (tj. nie częściej niż co 124 dni) z możliwością wydłużenia odstępów między wstrzyknięciami do 9 miesięcy (tj. do 279 dni); 6) <i>farycymab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie i maksymalnie co 16 tygodni, 7) <i>ranibizumab</i> – iniekcje wykonuje się w odstępach minimum co 4 tygodnie, jednorazowo odstęp można wydłużyć o 2 lub 4 tygodnie.	do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania. Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć. 2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia Ocena skuteczności leczenia przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu. Ocena skuteczności leczenia odbywa się: 1) w okresie od 1 do 2 miesięcy po ostatnim podaniu bewacyzumabu z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych; 2) co 12 miesięcy, maksymalnie do 2 miesięcy od upływu tego terminu dla afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolicizumabu, farycymabu, ranibizumabu; 3) po 3 dawkach deksametazonu, maksymalnie po 2 miesiącach od podania ostatniej dawki leku. Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o: 1) kontynuacji leczenia bez zmiany leku albo 2) kontynuacji leczenia ze zmianą leku albo 3) wyłączeniu pacjenta z programu.
---	--	--

przypadku <i>afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu</i> oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku płamki iniekcjami doszkliskowymi <i>afliberceptu 2 mg, afliberceptu 8 mg, bewacyzumabu, brolucizumabu, farycymabu, ranibizumabu</i> lub <i>deksametazonu</i> 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. 2. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria przerwania terapii 1) czynne zakażenie oka lub jego okolic; 2) zapalenie wnętrza gałki ocznej; 3) ciężkie zapalenie błony naczyniowej związane z terapią <i>brolucizumabem</i>;	1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli leczenie w ramach innego źródła finansowania, schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent. 1.5. Wstrzymanie podawania leku 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. 1.6. Zmiana leku lub dawki leku w programie 1) zmiana leku w programie odbywa się za zgodą Zespołu Koordynacyjnego. 2) zmiana leku z bewacyzumabu na inny możliwa jest, gdy HbA1c wynosi $\leq 9\%$. 3) schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący. 4) u pacjentów, u których w ostatnich 6 miesiącach wystąpił incydent sercowo-naczyniowy i istnieje ryzyko zaostrzenia przebiegu stanu ogólnego w przypadku	Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują: 1) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego lub poprawę do 0,8 lub więcej na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 2) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o $\geq 20\%$ w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości ≤ 300 μm. Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie. Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku. Na podstawie badań wymienionych w pkt. 2 w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) uzyskanie poprawy; b) stabilizację choroby; c) progresję choroby. 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. 3. Monitorowanie programu 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie
---	--	--

4) okres ciąży i karmienia piersią; 5) przedarciove odwarstwienie siatkówki; 6) wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie; 7) wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy): a) dominująca błona przedsiatkówkowa, b) obecność aktywnych włóknisto-naczyniowych traktów, 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. 1-7 lekarz prowadzący może (nie później niż 5 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia) włączyć pacjenta z powrotem do programu (po ponownym spełnieniu kryteriów kwalifikacji do programu). Pacjent, który nie został ponownie zakwalifikowany do programu w ciągu 5 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia zostaje wyłączony z programu. 4. Kryteria wyłączenia z programu	kontynuacji leczenia lekami z grupy anty-VEGF, leczenie należy prowadzić z wykorzystaniem deksametazonu w postaci implantu. W przypadku afliberceptu występującego w dwóch dawkach terapeutycznych lekarz prowadzący może podjąć samodzielnie decyzję o zmianie dawki na wyższą po zakończeniu fazy nasycenia dawką 2 mg, od której rozpoczęto leczenie, z dostosowaniem schematu dawkowania w dalszym prowadzeniu pacjenta. W przypadku braku skuteczności leczenia dawką afliberceptu 8 mg nie można dokonać zmiany leku na dawkę afliberceptu 2 mg.	elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników odpowiedzi na leczenie zawartych w pkt.2 – Monitorowanie leczenia, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z 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.
--	---	--

1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 2) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) 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; 6) 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 z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).		
C. LECZENIE PACJENTÓW Z ZAKRZPEM ŻYŁ SIATKÓWKI (RVO)		
Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny), na wniosek lekarza prowadzącego. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący. W programie finansuje się leczenie zakrzepu żył siatkówki (RVO) bewacyzumabem.	1. Dawkowanie leków 1.1. Zalecane dawki Zalecana dawka bewacyzumabu na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe wynosi 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe. 1.2. Rozpoczęcie leczenia – faza nasycająca 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 trzy kolejne miesiące. 1.3. Faza podtrzymująca	1. Leczenie RVO 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

1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) obrzęk plamki wtórny do RVO zdiagnozowany w ciągu 9 miesięcy od rozpoznania RVO; 3) średnia grubość środkowego podpoła siatkówki >250 µm w badaniu OCT; 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,05 – 0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS); 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych; 6) brak aktywnych włókniasto-naczyniowych trąk, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie; 7) brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii proliferacyjnej; 8) brak krwotoku do ciała szklistego wymagającego leczenia operacyjnego; 9) brak neowaskularyzacji tętnic; 10) brak jaskry neowaskularnej; 11) uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe; 12) brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie; 13) brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nerokujących poprawy po leczeniu anty-VEGF lub steroidoterapii, takich jak: a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki), b) DRIL w obszarze poddołkowym,	Na podstawie oceny przez lekarza parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych odstęp pomiędzy dawkami po fazie nasycenia może pozostać comiesięczny lub może zostać wydłużony według schematu dawkowania „treat-and-extend” („lecz i wydłużaj”), w którym odstępy pomiędzy kolejnymi dawkami wydłuża się o 2 lub 4 tygodnie na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych. W przypadku pogorszenia się parametrów wzrokowych i/lub anatomicznych należy odpowiednio skrócić odstęp między kolejnymi dawkami. W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 4 po pierwszych 5 iniekcjach bewacyzumabu odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów anatomicznych i funkcjonalnych aktywności choroby; w przypadku pogorszenia się tych parametrów należy skrócić okres między kolejnymi dawkami leku. 1.4. Kontynuacja terapii rozpoczętej poza programem W przypadku wcześniejszego leczenia pacjenta bewacyzumabem poza programem lekowym – schemat leczenia należy dostosować do etapu leczenia, na którym znajduje się pacjent. 1.5. Wstrzymanie podawania leku 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	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. W przypadkach badań obrazowych zalecane jest w miarę możliwości stosowanie urządzeń szerokokątnych. 2. Monitorowanie leczenia 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) OCT (optyczna koherentna tomografia); 3) opcjonalnie - fotografia dna oka; 4) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angiogram OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa). Badania wymienione powyżej przeprowadza się przed każdym podaniem leku, w dniu jego podania lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem, zgodnie z harmonogramem dawkowania. Fotokoagulację siatkówki należy prowadzić zgodnie ze wskazaniami, równoległe do farmakoterapii w programie. Nie ma wymogu monitorowania pomiędzy wstrzyknięciami. Na podstawie opinii lekarza harmonogram monitorowania może być częstszy niż harmonogram wstrzyknięć.
---	---	--

c) makulopatia niedokrwienna; 14) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów, którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie BRVO i CRVO iniekcjami doszkliskowymi przeciwciałami monoklonalnymi anty-VEGF lub rekombinowanym białkiem fuzyjnym: 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. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia	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.	2.1. Monitorowanie skuteczności leczenia Ocena skuteczności leczenia przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny po zgłoszeniu pacjenta przez lekarza prowadzącego w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Brak zgłoszenia równoznaczny jest z wyłączeniem pacjenta z programu. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia. Ocena skuteczności leczenia odbywa się po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 5 dawek bewacyzumabu. Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję w rejestrze SMPT o kontynuacji leczenia bez zmiany leku, wyłączeniu pacjenta z programu ze względu na brak skuteczności lub wyłączeniu pacjenta z programu ze względu na stabilne wyleczenie. Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują: 1) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS), lub do wartości $\geq 0,8$; 2) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o $\geq 20\%$ w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT) lub zmniejszenie grubości siatkówki do wartości $\leq 300 \mu\text{m}$. 3) wyeliminowanie stref niedokrwiennych stwierdzonych na podstawie porównania badań angiografii fluoresceinowej z początku i końca leczenia w programie. Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie.
---	---	---

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o przerwaniu leczenia w programie lub o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami opisanymi w pkt. <i>Kryteria wyłączenia</i> lub <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i>. 4. Kryteria wyłączenia 1) nadwrażliwość na bewacyzumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) czynne zakażenie oka lub jego okolic; 3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w płamce 3. lub 4. stopnia; 7) progresja choroby definiowana jako: a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości $\leq 0,05$ 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; 8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji bewacyzumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;		Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku. Po 11 zastrzykach Zespół Koordynacyjny oceni zasadność (z uwzględnieniem kryteriów oceny odpowiedzi na terapię) dalszego leczenia pacjenta w programie lekowym. Pacjenta do oceny przez Zespół Koordynacyjny zgłasza lekarz prowadzący. W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny przez Zespół Koordynacyjny pacjent zostanie wyłączony z programu. Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów włączenia. 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; 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.
--	--	--

9) brak aktywności choroby lub jeśli z oceny parametrów wzrokowych i anatomicznych wynika, że pacjent nie odnosi korzyści z kontynuowania leczenia bewacyzumabem; 10) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).		
---	--	--

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: a) wiek 3 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem + welpataswirem albo sofosbuwirem + ledipaswirem albo glekaprewirem + pibrentaswirem, b) wiek 12 lat i powyżej w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem + welpataswirem + woksylaprewirem; 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:	1. Sofosbuwir+ledipaswir i sofosbuwir +welpataswir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych. 2. Glekaprewir+pi brentaswir w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. 3. 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 odstępianie z oznaczania genotypu w

a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem albo b) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem albo c) 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 d) 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;		przypadku kwalifikacji do pierwszorazowej terapii pangenotypowej. 2. Monitorowanie leczenia 1) w 1 dniu, przed podaniem leków: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności AlAT, c) oznaczenie stężenia bilirubiny, d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym; 2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu: a) morfologia krwi, b) oznaczenie aktywności AlAT; 3) w 4 tygodniu: a) oznaczenie stężenia bilirubiny – w przypadku występowania zwiększonego stężenia w 4 tygodniu terapii, powtórzyć oznaczenia w 8 tygodniu oraz jeżeli dotyczy w 12, 16 i 24 tygodniu; 4) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia: a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową, b) USG jamy brzusznej. Dopuszczalne jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza rozpoczynającego terapię, odstępianie od wizyt pacjenta i procedur monitorowania leczenia określonych w punktach 2.2 i 2.3 w trakcie leczenia, jeżeli podczas kwalifikacji w ocenie zaawansowania choroby wątroby wykazano w elastografii sztywność <12,5 kPa lub APRI <1 lub FIB-4 <1,3 lub brak histologicznych cech marskości w biopsji wątroby. U takich pacjentów możliwe jest wydanie leków w ilości niezbędnej do zabezpieczenia pełnego czasu terapii o ile nie przekracza 12 tygodni (w zależności od wybranej terapii,
---	--	---

4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżyć aktywność osoczną sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i 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) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy). 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 (z wyłączeniem pkt 2.2) w trakcie leczenia; 2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia: – w opinii lekarza prowadzącego terapię lub – zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych; 3) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		indywidualnie przyjętego schematu dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisana powyżej decyzja lekarza rozpoczynającego leczenie, powinna zostać odnotowana w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Decyzja ta może zostać zmieniona w trakcie trwania leczenia w przypadku zmiany stanu klinicznego pacjenta lub podejrzenia braku adherencji. Niezależnie od przypadku klinicznego, osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię musi mieć miejsce 12 tygodni po zakończeniu terapii w celu określenia skuteczności zastosowanego leczenia. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z NEUROGENNĄ NADREAKTYWNOŚCIĄ WYPIERACZA (ICD-10: N31)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego pacjentom z neurogenną nadreaktywnością wypieracza (NNW) udostępnia się leczenie: 1) <i>toksyną botulinową typu A</i> (dorośli pacjenci), 2) <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i> (pediatryczni pacjenci w wieku od 6 lat), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie wszystkie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (z punktu 1.2.1. albo 1.2.2.) dla poszczegółnej terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji: 1) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym (wykonanym zgodnie z pkt 5) badań przy kwalifikacji); 2) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) brak nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do	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 toksyny botulinowej typu A Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek <i>toksyny botulinowej typu A</i> jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz. 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 <i>toksyny botulinowej typu A</i> jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie fizykalne; 2) badanie ogólne moczu; 3) badanie bakteriologiczne moczu; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) badanie urodynamiczne (w przypadku terapii <i>toksyną botulinową typu A</i> – głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – wykonywane nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych – w takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej; 6) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do terapii <i>toksyną botulinową typu A</i>: a) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć naglających z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów), b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);

terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Lekniczego; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. toksyną botulinową typu A 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nietrzymanie moczu z parć nagłych; 3) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane; 4) wystąpienie: a) niedostatecznej skuteczności dotychczasowego leczenia NNW, obserwowane przez minimum miesiąc, definiowane jako: – pogorszenie się czynności nerek, - lub – przetrwałe nietrzymanie moczu z parć nagłych, - lub – pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych, - lub – zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, - lub – pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych, - lub	1.2. Dawkowanie chlorowodorku oksybutyniny Ze względu na znaczne różnice międzypersonalne dawka wymagana do złagodzenia objawów NNW powinna być dobierana indywidualnie w zależności od potrzeb pacjenta. Zalecane dobowe dawkowanie: 1) <u>Dzieci w wieku od 6 lat do ukończenia 12 lat:</u> a) dobowy dawka początkowa: Dawka początkowa wynosi 0,1 mg/kg m.c. i podawana jest dopócherzowo rano. Dawkę można dostosować po tygodniu leczenia. Należy wybrać najmniejszą skuteczną dawkę. b) całkowita dawka dobowy: 2-30 mg Nie należy podawać więcej niż 10 mg jako pojedynczej dawki. Maksymalna możliwa dawka dobowy wynosi 30 mg. 2) <u>Młodzież w wieku od 12 lat do ukończenia 18 lat:</u> a) dobowy dawka początkowa: 10 mg b) całkowita dawka dobowy: 10-40 mg. Maksymalna możliwa dawka dobowy wynosi 40 mg. Jeśli konieczne są dawki większe niż dawka początkowa, dawkę należy zwiększać stopniowo (z zastrzeżeniem maksymalnej możliwej dawki dobowej) do czasu, aż NNW będzie wystarczająco kontrolowana, by umożliwić dokładne monitorowanie zarówno	7) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do terapii chlorowodorkiem oksybutyniny – badanie USG układu moczowego wykonane nie wcześniej niż 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. terapia toksyną botulinową typu A: 1) badania wykonywane po pierwszych 2 tygodniach leczenia, a następnie co każde 3 miesiące (w ramach wizyt kontrolnych): a) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, d) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania, e) badanie w celu oceny objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. 2.2. terapia chlorowodorkiem oksybutyniny: 1) badanie wykonane po 4-6 tygodniach leczenia – badanie ogólne moczu (w ramach pierwszej wizyty kontrolnej); 2) badania wykonywane po 1-2 miesiącach od pierwszej wizyty kontrolnej, następnie po kolejnych 1-2 miesiącach, następnie po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde 6-12 miesięcy leczenia (w zależności od wieku dziecka) (w ramach wizyt kontrolnych): a) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;
--	---	--

b) nietolerancji leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc) rozumianej jako wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych objawów: – zaburzenia rytmu serca, – zaburzenia pamięci, – zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania powodujące zaburzenia odżywiania, – zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku; 5) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby; 6) negatywny wywiad w kierunku: a) neuropatii obwodowych, b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona); 7) wykluczenie stosowania aminoglikozydów, pochodnych kurary lub innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe. 1.2.2. chlorowodorkiem oksybutyniny 1) wiek od 6 lat do ukończenia 18 lat; 2) NNW wynikająca z uszkodzenia rdzenia kręgowego lub z rozszczepienia kręgosłupa; 3) wystąpienie: a) braku skutecznej kontroli NNW za pomocą doustnych leków antycholinergiczych, obserwowane przez	skuteczności, jak i bezpieczeństwa stosowania. Wymagane dzienne dawki podtrzymujące można podzielić na kilka podań, zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.	3) badanie wykonywane po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde 6-12 miesięcy leczenia – badanie USG układu moczowego. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia: 3.1. terapia toksyną botulinową typu A: 1) ocena wykonywana po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od każdego podania <i>toksyny botulinowej typu A</i> – ocena w zakresie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień (zgodnie z punktem 3.1.a) w kryteriach wyłączenia z programu). 3.2. terapia chlorowodorkiem oksybutyniny: 1) badanie urodynamiczne wykonane po 3 miesiącach od pierwszorazowego zastosowania oksybutyniny, następne po 6 miesiącach, kolejne co 12 miesięcy – ocena w zakresie niewystarczającej klinicznie kontroli neurogennej nadreaktywności wypieracza (zgodnie z punktem 3.1.b) w kryteriach wyłączenia z programu). Wskaźniki skuteczności terapii: 1) w przypadku terapii <i>toksyną botulinową typu A</i> redukcja dziennej liczby epizodów nietrzymania moczu w porównaniu z wynikiem przed leczeniem, oceniana na podstawie prowadzonego dzienniczka mikcji, przy prawidłowej podaży płynów; 2) w przypadku terapii <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i>: a) redukcja maksymalnego ciśnienia wypieracza na koniec fazy wypełnienia (cm H₂O),
--	---	---

minimum miesiąc, definiowane jako wystąpienie przynajmniej jednego z poniższych objawów: – kliniczne objawy nadreaktywności wypieracza lub skurcze wypieracza w fazie wypełniania o amplitudzie powyżej 10 cm H₂O, - lub – pogorszenie się czynności nerek, definiowane jako klinicznie istotny wzrost stężenia kreatyniny, - lub – pojawienie się klinicznie istotnego zastoju w górnych drogach moczowych, - lub – zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, - lub b) nietolerancji doustnego leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa doustne leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc) powodującej znaczne zaburzenia funkcji narządów lub układów zgodnie z Charakterystykami Produktów Leczniczych należących do doustnych leków antycholinergiczných; 4) kontrolowanie opróżniania pęcherza za pomocą czystego okresowego cewnikowania (CIC) prowadzonego przez pacjenta lub opiekuna; 5) negatywny wywiad w kierunku: a) ciężkich zaburzeń żołądka i jelit (np. ciężkiej postaci wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i toksycznego rozłęcia okrężnicy), b) <i>miastenia gravis</i>, c) jaskry z wąskim kątem przesączania lub jej ryzyka,		b) zwiększenie maksymalnej pojemności pęcherza moczowego. 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 OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
---	--	--

d) niedrożności dróg moczowych z możliwością wystąpienia zatrzymania moczu, e) częstego oddawania moczu w nocy spowodowanego chorobą serca lub nerek; 6) wykluczenie stosowania tlenoterapii. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie: Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku leczenia <i>toksyną botulinową typu A i</i>: 1) niepowodzenia terapii (pierwszego podania) <i>toksyny botulinowej typu A</i>, podanie tego leku można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach <i>toksyny botulinowej typu A</i>, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego; 2) powodzenia terapii, podania <i>toksyny botulinowej typu A</i> można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia definiowany jako:		
--	--	--

a) w przypadku terapii <i>toksyną botulinową typu A</i> – nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o $\geq 50\%$ w stosunku do poziomu wyjściowego (ocena na podstawie dzienniczka mikcji prowadzonego przez 7 dni, nie wcześniej niż po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od każdego podania <i>toksyny botulinowej typu A</i>), b) w przypadku terapii <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i> – niewystarczająca klinicznie kontrola neurogennej nadreaktywności wypieracza (po uzyskaniu maksymalnej dawki leku), z objawami klinicznymi lub skurczami wypieracza w fazie wypełniania o amplitudzie powyżej 10 cm H₂O oceniane w badaniu urodynamicznym i/lub maksymalne ciśnienie wypieracza ≥ 40 cm H₂O przy objętości pęcherza należytą do wieku obliczanej według wzoru $(\text{wiek}+1) \times 30$ ml – ocena po 3 miesiącach od pierwszorazowego zastosowania oksybutyniny, następne po 6 miesiącach, kolejne co 12 miesięcy; 2) ukończenie 18 lat – w przypadku terapii <i>chlorowodorkiem oksybutyniny</i>; 3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonywania czystego przerywanego cewnikowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) okres ciąży lub karmienia piersią;		
---	--	--

8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność (w tym nieprowadzenie dzienniczka mikcji, w przypadku gdy jest wymagane) i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
--	--	--

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 żyłnej. 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 przeciwwskazań

swoistej w nadciśnieniu płucnym) lub b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym. Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włączenie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH. 3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej ≥ 25 mm Hg i naczyniowy opór płucny ≥ 240 dyn*sec*cm⁻⁵ (lub 3 jednostki Wooda), 4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO, 5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. 3. Kryteria wyłączenia i przeciwwskazania do włączania do programu Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil), 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),		do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych a) MRI, b) Angio CT; c) scyntygrafia płuc. W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań. 2. Monitorowanie leczenia W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni. W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki. Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.
--	--	--

3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą, 4) ciąża, 5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiegokolwiek postaci, 6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia, 7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego, 9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia.		Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 1) Badania nieinwazyjne: a) ocena klasy czynnościowej według NYHA, b) test 6-minutowego marszu, c) oznaczenie NT-pro-BNP. Do monitorowania leczenia można wykorzystać również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych. 2) Badania inwazyjne: Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się: – na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne, – dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych,
--	--	---

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

LECZENIE PACJENTÓW Z UKŁADOWYMI ZAPALENIAMI NACZYŃ (ICD-10: M30.1, M31.3, M31.5, M31.6, M31.7, M31.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE PACJENTÓW Z ZIARNINIAKOWATOŚCIĄ Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWYM ZAPALENIEM NACZYŃ (MPA) (ICD-10: M31.3, M31.7, M31.8)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach części I programu lekowego finansuje się leczenie: 1) <i>rytuksymabem</i> 2) <i>awakopanem</i> (w skojarzeniu z <i>rytuksymabem</i> albo <i>cyklofosfamidem</i>) pacjentów z ziarniniakowatością z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowym zapaleniem naczyń (MPA). 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. lub 1.2.2.) dla poszczególnych terapii. W przypadku kwalifikacji pacjenta do leczenia <i>awakopanem</i>, w sytuacji gdy jest leczony <i>rytuksymabem</i>, kryterium ogólne pkt 3 w stosunku do	1. Dawkowanie i sposób podawania rytuksymabu Dawkowanie leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Dawkowanie w postaciach GPA i MPA o mniejszym nasileniu niż ciężka postać analogiczne jak w postaci ciężkiej. 2. Dawkowanie i sposób podawania awakopanu Awakopan należy podawać w skojarzeniu z <i>rytuksymabem</i> lub <i>cyklofosfamidem</i> zgodnie ze schematem leczenia opisanym w aktualnym ChPL. Maksymalna dobową dawką awakopanu to 60 mg. Czasowe wstrzymanie leczenia oraz sposób podawania, w tym ewentualne zmniejszenie dawki, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub przyjętą praktyką kliniczną.	1. Badania przy kwalifikacji do programu 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu; 2) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie płytek krwi (PLT); 5) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 9) oznaczenie stężenia bilirubiny; 10) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

awakopanu musi być spełnione w momencie kwalifikacji do terapii indukującej rytuksymabem. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i więcej; 2) rozpoznanie ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) na podstawie aktualnie obowiązujących kryteriów; 3) wysoka aktywność choroby definiowana jako: a) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, lub b) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce 10 mg lub wyższej na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych. 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 7) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii		11) oznaczenie wskaźnika eGFR; 12) badanie ogólne moczu; 13) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane); 14) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 15) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total; 16) oznaczenie antygenu HBs; 17) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 18) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 19) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 20) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA); 21) elektrokardiografia (EKG); 22) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 23) wykonanie testu Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy. W przypadku włączania pacjenta do leczenia awakopaniem w sytuacji gdy jest leczony rytuksymabem w ramach programu wymagane badania pkt: 1, 3, 7, 8, 9. 2. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem w programie Wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego, w zależności od stanu klinicznego, postaci choroby oraz czasu jaki minął od podania ostatniej dawki leku, przy czym wymaga się przeprowadzenia badań pkt 1-13. 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu;
--	--	--

1.2.1. rytuksymabem 1) w zależności od postaci choroby spełnienie wymagania dotyczącego wcześniej zastosowanej terapii: a) w indukcji remisji lub podtrzymaniu remisji ciężkiej postaci choroby jako lek równoważny z syntetycznymi lekami immunosupresyjnymi/ immunomodulacyjnymi (I lub kolejna linia leczenia), b) w indukcji remisji lub podtrzymaniu remisji postaci choroby o mniejszym nasileniu niż ciężka postać po niepowodzeniu terapii co najmniej jednym lekiem immunosupresyjnym/ immunomodulującym (II lub kolejna linia leczenia), 1.2.2. awakopanem (w skojarzeniu z rytuksymabem albo cyklofosfamidem) 1) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia 2) spełnienie przynajmniej 1 z poniższych kryteriów: a) niemożność zredukowania dawki glikokortykosteroidów do 5 mg prednizonu lub jego ekwiwalentu w ciągu co najmniej 5 miesięcy leczenia rytuksymabem albo cyklofosfamidem, b) bezwzględne przeciwwskazanie do stosowania glikokortykosteroidów w dużych dawkach potwierdzone w dokumentacji medycznej (np. rozchwiana cukrzyca, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, nawracające zakażenia, ciężka choroba sercowo-naczyniowa), c) uszkodzenie nerek w przebiegu zapalenia naczyń GPA lub MPA z eGFR ≤ 30 ml/min. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni rytuksymabem albo awakopanem (w skojarzeniu z rytuksymabem albo		2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie wskaźnika eGFR; 9) badanie ogólne moczu; 10) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli dotyczy); 11) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 12) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA); 14) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 15) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 16) oznaczenie antygenu HBs; 17) elektrokardiografia (EKG); 18) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed podaniem leku). 3. Monitorowanie leczenia rytuksymabem albo awakopanem w skojarzeniu z rytuksymabem albo awakopanem w skojarzeniu z cyklofosfamidem 1) badanie ogólne moczu; 2) morfologia krwi z rozmazem;
---	--	--

cyklofosfamidem) w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Pacjent, który osiągnął adekwatną odpowiedź na leczenie rytuksymabem i lekarz prowadzący podjął decyzję o zakończeniu lub wstrzymaniu leczenia, w przypadku nawrotu aktywnej postaci choroby lub w celu podtrzymania remisji, może mieć wznowione leczenie rytuksymabem bez wstępnej kwalifikacji po uprzednim zgłoszeniu w SMPT. Do leczenia rytuksymabem można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS/WG i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Leczenie awakopaniem w ramach programu prowadzi się przez maksymalnie 52 tygodnie. Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku uzyskania trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza może być bezpiecznie kontrolowana z zastosowaniem standardowej terapii. 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia W celu potwierdzenia skuteczności leczenia rytuksymabem pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako:		3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowa (AST); 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie wskaźnika eGFR; 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG, wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu; 9) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane); 10) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 11) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 12) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i/lub p-ANCA); 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny G (IgG); 14) oznaczenie stężenia immunoglobuliny M (IgM); 15) oznaczenie stężenia immunoglobuliny A (IgA) (do decyzji lekarza); 16) elektrokardiografia (EKG); 17) badanie RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza). Leczenie rytuksymabem albo awakopaniem w skojarzeniu z rytuksymabem: Badania wykonuje się po 3 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia terapii indukcyjnej rytuksymabem (wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego).
---	--	---

1) w leczeniu indukcyjnym – uzyskanie co najmniej <u>niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, odpowiadających na umiarkowane zwiększenie dawki glikokortykosteroidów i niewymagających innej modyfikacji leczenia</u> stwierdzony podczas wizyty monitorującej skuteczność leku po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia indukcyjnego; 2) w leczeniu podtrzymującym – utrzymanie niskiej aktywności choroby, zgodnie z definicją w pkt. 1) powyżej, stwierdzanej podczas wizyt monitorujących skuteczność leku co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia do zakończenia leczenia podtrzymującego rytuksymabem. Pacjent, u którego w trakcie leczenia podtrzymującego rytuksymabem dochodzi do utraty niskiej aktywności choroby, zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego, może otrzymać kolejny cykl leczenia indukcyjnego rytuksymabem – po odnotowaniu w SMPT. W celu potwierdzenia skuteczności leczenia awakopaniem (w skojarzeniu z rytuksymabem lub cyklofosfamidem): 1) uzyskanie i utrzymanie co najmniej <u>niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, z całkowitym odstawieniem stosowanych glikokortykosteroidów lub stosowanie prednizonu w dawce nie przekraczającej 5 mg prednizonu lub jego ekwiwalentu dziennie stwierdzone po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) terapii awakopaniem i potwierdzone po 12 miesiącach terapii.</u> 4. Kryteria wyłączenia z programu 1) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku/leków w ramach programu;		Po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia terapii indukcyjnej rytuksymabem, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-17, z możliwością wyłączenia pkt 9, 15, 17). Następnie badania wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia podtrzymującego o rytuksymabem (obligatoryjne badanie pkt 8, pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego). W przypadku włączenia pacjenta do leczenia awakopaniem w sytuacji gdy jest aktywnie leczony rytuksymabem: Po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii awakopaniem, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-17, z możliwością wyłączenia pkt 9, 15, 17). Po 12 miesiącach terapii awakopaniem należy obligatoryjnie wykonać badania pkt 2, 3, 4, 5, 8 (pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego). Leczenie awakopaniem w skojarzeniu z cyklofosfamidem: Po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii awakopaniem, należy wykonać pełen panel badań monitorujących (badania pkt 1-17, z możliwością wyłączenia pkt 9, 15, 17). Po 12 miesiącach terapii awakopaniem należy obligatoryjnie wykonać badania pkt 2, 3, 4, 5, 8 (pozostałe do decyzji lekarza prowadzącego). Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.
---	--	--

2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt 3. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia</i>; 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.		4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności leczenia zawartego w punkcie 3. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia</i> oraz danych nt. spełnienia poszczególnych ppkt w pkt 1.2.2. 2) <i>Szczegółowe kryteria kwalifikacji</i>; 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.
II. LECZENIE PACJENTÓW Z OLBRZYMIOKOMÓRKOWYM ZAPALENIEM TĘTNIC (GCA) (ICD-10: M31.5, M31.6)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.	Dawkowanie tocilizumabu w postaci dożylniej w leczeniu GCA: Tocilizumab w postaci dożylniej należy podawać we wlewie dożylnym co 4 tygodnie w dawce 8 mg/kg masy ciała. Ewentualne zmniejszenie dawki lub wydłużenie odstępu między podaniami leku prowadzone zgodnie z aktualnymi rekomendacjami.	1. Badania przy kwalifikacji do programu 1) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczenie bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC); 2) oznaczenie płytek krwi (PLT);

W ramach części II programu lekowego finansuje się leczenie: 1) <i>tocilizumabem</i> pacjentów z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic (GCA). 1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie GCA ustalone na podstawie aktualnie obowiązujących kryteriów; 2) brak remisji lub utrata remisji uzyskanej po zastosowaniu standardowej terapii, w tym z użyciem glikokortykosteroidów lub występowanie istotnych działań niepożądanych bądź przeciwwskazań do stosowania standardowej terapii w zalecanych dawkach; 3) aktywna postać choroby definiowana jako występowanie co najmniej jednego z poniższych: a) klinicznych objawów GCA z lub bez podwyższonych wartości parametrów zapalnych: OB $\geq$ 30mm/h i/lub CRP $\geq$ 1 mg/dl (10 mg/l), - lub b) cechy aktywnego zapalenia tętnic w badaniu obrazowym (PET, MRI, TK, USG). 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 7) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.		3) oznaczenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów; 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 8) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 9) oznaczenie wskaźnika eGFR; 10) badanie ogólne moczu; 11) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli wskazane); 12) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 13) oznaczenie przeciwciał anty-HBc total; 14) oznaczenie antygenu HBs; 15) oznaczenie przeciwciał anty-HIV; 16) elektrokardiografia (EKG); 17) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (wynik do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 18) wykonanie testu Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy. 2. Badania przy wznowieniu leczenia w programie Wybór badań do decyzji lekarza prowadzącego, w zależności od stanu klinicznego, postaci choroby oraz czasu jaki minął od podania ostatniej dawki leku, przy czym wymaga się przeprowadzenia badań pkt 1-10.
---	--	--

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni tocilizumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Pacjent, który osiągnął adekwatną odpowiedź na leczenie tocilizumabem i lekarz prowadzący podjął decyzję o zakończeniu lub wstrzymaniu leczenia, w przypadku nawrotu aktywnej postaci choroby lub w celu podtrzymania remisji, może mieć wznowione leczenie bez wstępnej kwalifikacji po uprzednim zgłoszeniu w SMPT. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. Decyzja o wyłączeniu pacjenta wraz z podaniem przyczyny wyłączenia jest odnotowywana w SMPT. Cykl leczenia tocilizumabem trwa do 12 miesięcy (13 podań leku) z możliwością przedłużenia leczenia po odnotowaniu tego faktu przez lekarza prowadzącego w SMPT. Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku uzyskania trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza może być bezpiecznie kontrolowana z zastosowaniem standardowej terapii. 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako: ustąpienie lub istotne zmniejszenie objawów klinicznych GCA i obniżenie wyjściowo podwyższonych parametrów zapalnych (OB, CRP) stwierdzone po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) terapii.		1) morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczenie bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC); 2) oznaczenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów; 3) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 4) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie wskaźnika eGFR; 9) badanie ogólne moczu; 10) oznaczenie dobowej proteinurii (jeśli dotyczy); 11) oznaczenie przeciwciał anty-HCV; 12) oznaczenie antygenu HBs; 13) elektrokardiografia (EKG); 14) badanie RTG lub TK klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed podaniem leku). 3. Monitorowanie terapii tocilizumabem 1) morfologia krwi z rozmazem z oznaczeniem płytek krwi (PLT) oraz bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych (ANC); 2) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT);
--	--	---

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku w ramach programu;
- 2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt 3. *Kryteria oceny skuteczności leczenia*;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;
- 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą 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.

4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowa (AST);

5) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);

6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP);

7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi;

Badania wykonuje się po 3 i 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc), a następnie co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc) od rozpoczęcia podawania leku wraz z oceną skuteczności zastosowanej terapii w oparciu o ocenę aktywności choroby na podstawie występowania klinicznych objawów GCA i wartości parametrów zapalnych OB i CRP.

Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności leczenia zawartych w punkcie 3. *Kryteria oceny skuteczności leczenia*;

		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
III. LECZENIE CHORYCH Z AKTYWNĄ POSTACIĄ EOZYNOFILOWEJ ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (EGPA) (ICD-10: M30.1)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W ramach części III programu lekowego finansuje się leczenie: 1) <i>mepolizumabem</i> pacjentów z eozynofilową ziarniniakowością z zapaleniem naczyń (EGPA). 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 6 lat i powyżej; 2) udokumentowane rozpoznanie eozynofilowej ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (EGPA) zgodnie z aktualnymi wytycznymi opartymi na dowodach naukowych, w tym kryteriami klasyfikacyjnymi wg ACR/EULAR; 3) aktywna postać EGPA (BVAS $\geq$ 2) pomimo leczenia zgodnego z zaleceniami ACR/EULAR; 3.1) <i>postać nawracająco-ustępująca</i> definiowana jako co najmniej jeden nawrót aktywnej choroby (BVAS $\geq$ 2) w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu, pomimo stosowania	1. Dawkowanie Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka mepolizumabu u dorosłych to 300 mg podawane podskórnym raz na 4 tygodnie. Dostosowanie dawki u dzieci i młodzieży - zgodnie z aktualną ChPL. 2. Modyfikacja dawkowania Czasowe wstrzymanie leczenia lub wydłużenie odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii oraz sposób podawania, w tym ewentualne zmniejszenie dawki, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub przyjętą praktyką kliniczną. 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.	1. Badania przed kwalifikacją do programu 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu oraz innych leków (cytotoksycznych/ immunosupresyjnych/ biologicznych); 2) morfologia krwi z rozmazem z określeniem bezwzględnej liczby eozynofiliów; 3) badanie ogólne moczu; 4) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT) i asparaginianowej (AST); 6) oznaczenie białka C-reaktywnego (CRP); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy krwi; 8) badanie kału na pasożyty; 9) stężenie immunoglobulin IgG, IgM, IgA, IgE; 10) elektrokardiografia (EKG); 11) ECHO serca (do decyzji lekarza); 12) spirometria (do decyzji lekarza); 13) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesięcy przed kwalifikacją) (do decyzji lekarza);

skojarzonego leczenia podtrzymującego, w tym glikokortykosteroidów w dawce ≥ 7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizon oraz azatiopryny lub metotreksatu lub mykofenolanu mofetilu, lub 3.2) <i>postać oporna na leczenie</i> w okresie 6 miesięcy poprzedzających włączenie do programu definiowana jako: 3.2.1) brak uzyskania co najmniej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2) pomimo stosowania zalecanego przez ACR/EULAR skojarzonego leczenia indukującego remisję w pierwszej linii, w tym glikokortykosteroidów w rekomendowanych dawkach w postaci doustnej lub dożylniej oraz co najmniej jednego leku cytotoksycznego lub immunosupresyjnego lub biologicznego, jak cyklofosfamid lub azatiopryna lub metotreksat lub mykofenolan mofetilu lub rytuksymab, lub 3.2.2) nawrót aktywnej choroby (BVAS ≥ 2) u pacjentów stosujących skojarzone leczenie podtrzymujące, w tym glikokortykosteroidy w dawce ≥ 7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizon oraz azatioprynę lub metotreksat lub mykofenolan mofetilu, w przypadku zmniejszenia dawki glikokortykosteroidów do <7.5 mg/dobę w przeliczeniu na prednizonu. 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	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 w programie lekowym danego pacjenta.	14) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA); 15) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 16) Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy (do decyzji lekarza). 2. Monitorowanie leczenia mepolizumabem 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS wraz z określeniem aktualnie przyjmowanej dawki prednizonu lub jego ekwiwalentu; 2) morfologia krwi z rozmazem z określeniem bezwzględnej liczby eozynofili; 3) oznaczenie aktywności ALT i AST; 4) oznaczenie białka C-reaktywne (CRP); 5) oznaczenie stężenia kreatyniny/GFR w surowicy krwi; 6) badanie ogólne moczu; 7) dobową proteinurię (jeśli dotyczy); 8) oznaczenie przeciwciał przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA - jeśli dotyczy); 9) ECHO serca (do decyzji lekarza); 10) spirometria (do decyzji lekarza); 11) RTG lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza). Badania wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc). Ocenę skuteczności na podstawie skali BVAS wykonuje się co 6 miesięcy (+/- 1 miesiąc).
---	---	---

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 tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. U pacjentów z zajęciem istotnych dla życia i zdrowia narządów, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w programie po nieskuteczności leczenia GKS w monoterapii. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako: 1) uzyskanie niskiej aktywności choroby zdefiniowanej jako wynik w skali BVAS < 2 – po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) leczenia; lub 2) spadek wartości BVAS o co najmniej 50% przy jednoczesnej redukcji dawki GKS o co najmniej 50% – po 6 miesiącach (+/- 1 miesiąc) leczenia; oraz		Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności leczenia zawartego w punkcie 3. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia tj. wynik w skali BVAS oraz przyjmowana dawka prednizonu lub jego ekwiwalentu;</i> 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) utrzymywanie się adekwatnej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (+/- 1 miesiąc) w trakcie aktywnego leczenia w programie (obligatoryjnie, niezależnie które kryterium spełniono po 6 miesiącach terapii).

4. Kryteria wyłączenia

- 1) uzyskanie trwałej remisji choroby (BVAS = 0) lub trwałej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2), które w opinii lekarza prowadzącego umożliwiają wstrzymanie podawania leku w ramach programu;
- 2) niespełnienie kryteriów oceny skuteczności o których mowa w pkt 3. *Kryteria oceny skuteczności leczenia*;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu;
- 5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego;
- 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;
- 7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, m.in. dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.

5. Kryteria ponownego włączenia

- 1) u pacjentów, u których leczenie wstrzymano z powodu uzyskania trwałej remisji choroby (BVAS = 0), w przypadku wzrostu

aktywności mierzonej wartością BVAS ≥ 1, pacjent może ponownie rozpocząć leczenie bez wstępnej kwalifikacji; 2) u pacjentów, u których leczenie wstrzymano z powodu uzyskania trwałej niskiej aktywności choroby (BVAS < 2), w przypadku wzrostu aktywności mierzonej wartością BVAS ≥ 2, pacjent może ponownie rozpocząć leczenie bez wstępnej kwalifikacji.		
---	--	--

LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultraradkich 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 tyrozydemii typu 1 (HT-1). 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultraradkich 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 przeciwwskazania 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 tyrozyinemii 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.
--	--	--

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 chłoniaka Hodgkina udostępnia się poniższe terapie, w pierwszej i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>: 1) pacjentom z nieleczonym uprzednio chłoniakiem Hodgkina w 1. linii leczenia: a) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z doksorubicyną, winblastyną i dakarbazyną (BrAVD)</i>, albo b) <i>brentuksymab vedotin w skojarzeniu z etopozydem, cyklofosfamidem, doksorubicyną, dakarbazyną i deksametazonem (BrECADD)</i>; 2) pacjentom z opornym lub nawrotowym chłoniakiem Hodgkina: a) <i>brentuksymab vedotin w monoterapii</i>, b) <i>niwolumab w monoterapii</i>. 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) stan sprawności 0-2 według skali ECOG;	1. Dawkowanie leków 1.1. Dawkowanie w 1. linii leczenia 1.1.1. BrAVD Każdy cykl trwa 28 dni (4 tygodnie). <u>Brentuksymab vedotin</u>: zalecana dawka wynosi 1,2 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut, w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. <u>Doksorubicyna</u>: zalecana dawka wynosi 25 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. <u>Winblastyna</u>: zalecana dawka wynosi 6 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. <u>Dakarbazyna</u>: zalecana dawka wynosi 375 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym w 1. i 15. dniu każdego cyklu 1-6. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie histopatologiczne w celu potwierdzenia rozpoznania chłoniaka Hodgkina wraz z badaniem immunohistochemicznym potwierdzającym obecność antygenu CD30 – w przypadku kwalifikacji do 1. linii leczenia; 2) badanie obrazowe: tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) lub ewentualnie tomografia komputerowa (TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej; 3) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym – w przypadku terapii <i>brentuksymabem vedotin</i> – w nawrotowym chłoniaku Hodgkina, a w przypadku oporności choroby wystarczające jest badanie immunohistochemiczne i udokumentowanie obecności antygenu CD30 we wcześniejszym badaniu histopatologicznym; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) test ciążyowy (u kobiet w wieku rozrodczym);

2) potwierdzony histologicznie klasyczny chłoniak Hodgkina; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 7) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 8) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia 1.2.1. BrAVD 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina; 3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w III lub IV stadium zaawansowania. 1.2.2. BrECADD 1) wiek od 18 lat do 60 lat włącznie; 2) brak wcześniejszego leczenia chłoniaka Hodgkina; 3) rozpoznanie chłoniaka Hodgkina w III lub IV stadium zaawansowania.	Profilaktyka ze wspomaganie czynnikiem wzrostu (G-CSF) jest zalecana od podania pierwszej dawki zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. 1.1.2. BrECADD Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). <i>Brentuksymab vedotin</i>: zalecana dawka wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 30 minut, w dniu 1. każdego cyklu 1-6. Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg. <i>Etopozyd</i>: zalecana dawka wynosi 150 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 60 minut w 2., 3 i 4 dniu każdego cyklu 1-6. <i>Cyklofosfamid</i>: zalecana dawka wynosi 1250 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 60 minut w 2. dniu każdego cyklu 1-6. <i>Doksorubicyna</i>: zalecana dawka wynosi 40 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 30 minut w 2. dniu każdego cyklu 1-6. <i>Dakarbazyne</i>: zalecana dawka wynosi 250 mg/m² p.c. podawana we wlewie dożylnym trwającym co najmniej 120 minut w 3. i 4. dniu każdego cyklu 1- 6.	9) oznaczenie stężenia glukozy we krwi – w przypadku terapii z zastosowaniem <i>brentuksymabu vedotin</i>; 10) oznaczenie stężenia TSH – w przypadku terapii <i>niwolumabem w monoterapii</i>. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. BrAVD lub BrECADD lub brentuksymab vedotin w monoterapii Badania wykonywane przed każdym podaniem <i>brentuksymabu vedotin</i>: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia glukozy we krwi. 2.2. niwolumab w monoterapii Badania wykonywane co 6-12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie stężenia TSH; 6) oznaczenie stężenie sodu; 7) oznaczenie stężenia potasu; 8) oznaczenie stężenia wapnia.
--	---	--

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina 1.3.1. brentuksymab vedotin w monoterapii Do leczenia <i>brentuksymabem vedotin</i> 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). 1.3.2. niwolumab w monoterapii 1) wiek 12 lat i powyżej; 2) stwierdzony nawrót lub oporność na leczenie po wcześniejszym przeszczepieniu autologicznych komórek macierzystych szpiku (auto-HSCT) oraz po leczeniu <i>brentuksymabem vedotin</i> albo	<i>Deksametazon</i>: zalecana dawka wynosi 40 mg podawana doustnie w 2., 3, 4 i 5. dniu każdego cyklu 1-6. Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu. Profilaktyka ze wspomaganiem czynnikiem wzrostu (G-CSF) jest zalecana od 5. dnia każdego cyklu. W przypadku wystąpienia określonej toksyczności schematu <i>BrECADD</i> należy obowiązkowo de-eskalować leki w kolejnych cyklach do: poziomu 3 (etopozyd 125 mg/m² i cyklofosfamid 1100 mg/m²), poziomu 2 (etopozyd 100 mg/m² i cyklofosfamid 950 mg/m²), poziomu 1 (etopozyd 100 mg/m² i cyklofosfamid 800 mg/m²) lub poziomu podstawowego (etopozyd 100 mg/m², doksorubicyna 35 mg/m² i cyklofosfamid 650 mg/m²). Jeśli chory po 2 cyklach <i>BrECADD</i> uzyskuje negatywny wynik badania PET-TK, można zastosować łącznie tylko 4 cykle <i>BrECADD</i>. 1.2. Dawkowanie w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego chłoniaka Hodgkina 1.2.1. brentuksymab vedotin w monoterapii Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). <u>Dorośli</u>: Zalecana dawka <i>brentuksymabu vedotin</i> u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8	3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) PET/TK (zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu) lub TK. Badanie wykonuje się: a) w przypadku terapii <i>BrAVD</i> – po 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; b) w przypadku terapii <i>BrECADD</i> – po 2. i 6. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; c) w przypadku terapii <i>brentuksymab w monoterapii</i> – po 2. i 8. cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby; d) w przypadku terapii <i>niwolumabem w monoterapii</i> – po 3 miesiącach leczenia albo wcześniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie badania obrazowe należy następnie wykonywać co pół roku. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
---	---	---

nawrót lub oporność po wcześniejszym leczeniu <i>brentuksymabem vedotin</i>, 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. 1.4. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 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) <i>BrAVD</i> – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli; 2) <i>BrECADD</i> – leczenie może trwać maksymalnie do 6 cykli; 3) <i>brentuksymabem vedotin</i> w <i>monoterapii</i> – leczenie może trwać maksymalnie do 16 cykli podanych w ciągu około roku. U chorych kwalifikowanych do programu według kryterium 1.3.1.1.b) i odpowiadających na leczenie <i>brentuksymabem vedotin</i>, wykonanie auto-HSCT nie wyklucza kontynuacji leczenia <i>brentuksymabem vedotin</i> do sumarycznej liczby 16 cykli. 3. Kryteria wyłączenia z programu	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 <i>brentuksymabu vedotin</i> u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg mc. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni. 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). 1.2.2. niwolumab w monoterapii <u>Dorośli:</u> Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 240 mg podawane we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie. <u>Dzieci w wieku 12-18 lat:</u> Zalecana dawka <i>niwolumabu</i> wynosi 3mg/kg mc. podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 2 tygodnie (maksymalnie 240 mg co 2 tygodnie). Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.	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) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania PET/TK: – całkowita metaboliczna remisja (CMR), – brak całkowitej metabolicznej remisji: i. częściowa metaboliczna remisja (PMR), ii. stabilizacja metaboliczna (SMD), iii. progresja metaboliczna (PMD), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS); b) przy monitorowaniu skuteczności leczenia za pomocą badania TK: – całkowita odpowiedź (CR), – częściowa odpowiedź (PR), – choroba stabilna (SD), – brak odpowiedzi (NR), – progresja choroby (PD), – przeżycie bez progresji choroby (PFS), – przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej
---	---	---

1) progresja choroby podczas leczenia nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia; 2) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia; 3) brak częściowej odpowiedzi po 8 cyklach leczenia – w przypadku chorych kwalifikowanych do programu z zastosowaniem <i>brentuksymabu vedotin</i> w <i>monoterapii</i> według kryterium 1.3.1.1. a) lub b); 4) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria), pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 7) okres ciąży lub karmienie piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	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. Czasowe zawieszenie leczenia <i>niwolumabem</i> jest możliwe zgodnie z opisem w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego, w tym podawanie <i>niwolumabu</i> można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.	lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	---

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, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>: 1) w 1. linii leczenia: a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanym statusem <i>IgHV</i>: – <i>ibrutinib</i> w monoterapii; b) pacjentom bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>): – <i>akalabrutynib</i> w monoterapii - albo – <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> - albo – <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>obinutuzumabem</i> - albo – <i>zanubrutynib</i> w monoterapii - albo – <i>ibrutinib</i> w skojarzeniu z <i>wenetoklaksem</i>; 2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia:	1. Dawkowanie: 1.1. <i>ibrutinib</i> w monoterapii Zalecana dawka <i>ibrutinibu</i> wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę. 1.2. <i>akalabrutynib</i> w monoterapii Zalecana dawka <i>akalabrutynibu</i> 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. <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> <u>Obinutuzumab w cyklu 1.</u>: zalecana dawka to 1000 mg, w dniach 1., 2. (kontynuacja dnia 1.), 8. i 15. pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. 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,	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 <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub statusu mutacji w genach <i>IgHV</i>, zgodnie z kryteriami włączenia do poszczególnych schematów leczenia, d) ocena wydolności nerek i wątroby: – oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, – oznaczenie wskaźnika eGFR, – oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, – oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), – oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), – oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,

a) pacjentom z delecją 17p (del17p) / mutacją w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>): – <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>rytuksymabem</i>, – <i>ibrutynib</i> w monoterapii, – <i>akalabrutynib</i> w monoterapii, – <i>wenetoklaks</i> w monoterapii, – <i>zanubrutynib</i> w monoterapii; b) pacjentom bez delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>): – <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>rytuksymabem</i>, – <i>ibrutynib</i> w monoterapii, – <i>akalabrutynib</i> w monoterapii, – <i>zanubrutynib</i> 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 0-2 według skali ECOG; 3) rozpoznanie przewlekłej białaczki limfocytowej; 4) obecność wskazań do leczenia wg International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (the National Cancer Institute-Working Group (IWCLL)); 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;	drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia. <u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu. <u>Chlorambucyl w cyklach 1-6:</u> zalecana dawka wynosi 0,5 mg/kg mc. w dniach 1. i 15. każdego cyklu. 1.4. <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>obinutuzumabem</i> <u>Wenetoklaks:</u> Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej: <u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.	e) dodatkowo w przypadku leczenia <i>ibrutynibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i> – oznaczenie czasu protrombinowego (PT), f) dodatkowo w przypadku terapii z zastosowaniem <i>wenetoklaksu</i> w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anty-CD20 albo <i>ibrutynibem</i>: – oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, – oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, – oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, 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) dodatkowo w przypadku leczenia <i>obinutuzumabem</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> lub <i>zanubrutynibem</i> (jeśli ocena jest konieczna dla spełnienia kryteriów kwalifikacji do programu) – ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS; 2) przesiewowe badanie w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA); 3) przesiewowe badanie w kierunku HCV (anty-HCV, a w razie konieczności HCV RNA); 4) elektrokardiografia (EKG); 5) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia
---	---	---

7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z odpowiednią, 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 odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii.	<u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. <i>Wenetoklaks</i> podaje się w 22. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Dawkę 400 mg przyjmuje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 12. Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS). Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS, może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia 1. dawki <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. <u><i>Obinutuzumab</i> 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	2.1. <i>ibrutynib</i> w monoterapii lub <i>akalabrutynib</i> w monoterapii lub <i>zanubrutynib</i> 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; 2) badania wykonywane co 3 miesiące: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego okresowe badania: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek, b) elektrokardiografia (EKG) w celu wykrycia migotania przedsionków. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. 2.2. <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> 1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi. 2.3. <i>wenetoklaks</i> w skojarzeniu z <i>obinutuzumabem</i>
1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 1. linii leczenia 1.2.1. <i>ibrutynib</i> w monoterapii 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie <i>TP53</i> (mut<i>TP53</i>) lub niezmutowanego statusu <i>IgHV</i>. 1.2.2. <i>akalabrutynib</i> w monoterapii 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej. 1.2.3. <i>obinutuzumab</i> w skojarzeniu z <i>chlorambucylem</i> 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 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej CD20+; 2) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych. 1.2.5. zanubrutynib w monoterapii 1) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej; 2) przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia z wykorzystaniem schematu FCR (<i>fludarabina, cyklofosfamid, rytuksymab</i>) zdefiniowane jako: a) wiek 65 lat i powyżej albo b) wiek 18-64 lat i obecność co najmniej jednego z poniższych parametrów: – CrCl (klirens kreatyniny) ≥ 30 ml/min oraz < 70 ml/min lub – liczba punktów wg skali CIRS > 6	(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. <u>Obinutuzumab w cyklach 2-6:</u> zalecana dawka to 1000 mg, którą podaje się w dniu 1. każdego cyklu. 1.5. zanubrutynib w monoterapii Zalecana dawka <i>zanubrutynibu</i> 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. 1.6. ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem <u>Ibrutynib (cykle 1-15):</u> Zalecana dawka <i>ibrutynibu</i> wynosi 420 mg podawana 1 raz na dobę. <u>Wenetoklaks (cykle 4-15):</u> Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:	1) badania wykonywane w trakcie leczenia <i>obinutuzumabem</i> i <i>wenetoklaksem</i> (cykle 1-6) – przed każdym podaniem <i>obinutuzumabu</i>: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6), g) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6), h) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi (przed rozpoczęciem cykli 3-6), i) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (przed rozpoczęciem cykli 3-6); 2) badania wykonywane w trakcie dostosowywania dawki <i>wenetoklaksu</i> (od 22. dnia cyklu 1., a następnie co 1 tydzień przez 5 tygodni): a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 3) badanie wykonywane w cyklach 7-12, przed rozpoczęciem każdego cyklu – morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
---	---	--

lub - wystąpienie w ciągu ostatnich 2 lat ≥ 1 ciężkiej infekcji (wymagającej hospitalizacji lub pozajelitowej antybiotykoterapii) lub ≥ 3 infekcji (wymagających doustnej antybiotykoterapii) potwierdzonych w dokumentacji medycznej pacjenta. 1.2.6. ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem - brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej. 1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii w 2. lub 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 - przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu; - 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 - przewlekła białaczka limfocytowa ze stwierdzoną opornością na leczenie lub nawrotem po leczeniu; - stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, bez względu na status delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53).	<u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Wenetoklaks podaje się pierwszy raz w 1. dniu czwartego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Następnie dawkę 400 mg podaje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 15. 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.	- badania wykonywane przed rozpoczęciem cyklu 9 i 12: - oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), - oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. 2.4. ibrutynib w skojarzeniu z wenetoklaksem - badanie wykonywane 1 raz w miesiącu (przed rozpoczęciem każdego cyklu): - morfologia krwi obwodowej z rozmazem; - badania wykonywane co 3 miesiące (tj. przed rozpoczęciem cyklu 4, 7, 10 i 13): - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), - oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, - oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, - oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); - badania wykonywane przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz co tydzień przez okres dostosowania dawki:
---	--	--

1.3.3. akalabrutynib 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). 1.3.4. wenetoklaks w monoterapii dla chorych z delecją 17p lub mutacją TP53, u których nie powiodło się leczenie inhibitorem BTK 1) niepowodzenie po leczeniu inhibitorem BTK; 2) udokumentowana obecność delecji 17p (del17p) / mutacji w genie TP53 (mutTP53). 1.3.5. zanubrutynib 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). 1.4. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem	1.7. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem <u>Wenetoklaks</u>: 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: <u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka wenetoklaksu: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce. <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.	a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego dla ibrutynibu okresowe badania: a) EKG w celu wykrycia migotania przedsionków. Dopuszczalne jest częstsze monitorowanie w zależności od wskazań klinicznych. 2.5. wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem lub wenetoklaks w monoterapii 1) badania wykonywane przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki: a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi; 2) badanie wykonywane po okresie dostosowywania dawki wenetoklaksu co 1 miesiąc – morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
---	---	--

trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 1) <i>obinutuzumabem w skojarzeniu z chlorambucylem</i> – leczenie trwa maksymalnie do 6 cykli; 2) <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzumabem</i> – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 12 cykli po 28 dni, przy czym przez 6 pierwszych cykli <i>wenetoklaks</i> podawany jest wraz z <i>obinutuzumabem</i>, natomiast przez kolejne 6 cykli (od 7 do 12 cyklu) <i>wenetoklaks</i> podawany jest w monoterapii; 3) <i>ibrutynibem w skojarzeniu z wenetoklaksem</i> – maksymalny czas trwania leczenia wynosi 15 cykli po 28 dni, przy czym przez 3 pierwsze cykle <i>ibrutynib</i> podawany jest w monoterapii, natomiast przez kolejne 12 cykli (od 4 do 15 cyklu) <i>ibrutynib</i> podawany jest wraz z <i>wenetoklaksem</i>; 4) <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem</i> – leczenie trwa maksymalnie do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg <i>wenetoklaksu</i> i podania <i>rytuksymabu</i> w 1. dniu 1. cyklu, przy czym <i>rytuksymab</i> stosowany jest przez 6 cykli. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na białka mysie lub na którąkolwiek	Leczenie <i>wenetoklaksem</i> w dawce 400 mg powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia <i>rytuksymabem</i> i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania <i>rytuksymabu</i> w 1. dniu 1. cyklu. <u>Rytuksymab:</u> Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia <i>rytuksymabem</i> następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki <i>wenetoklaksu</i> (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa <i>rytuksymabu</i> w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m² powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m² powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli. 1.8. wenetoklaks w monoterapii Dawka początkowa wynosi 20 mg <i>wenetoklaksu</i> 1 raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej: <u>Tydzień 1</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 2</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 3</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce. <u>Tydzień 4</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.	3) badania wykonywane po okresie dostosowywania dawki <i>wenetoklaksu</i> co 3 miesiące: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, f) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH), g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), h) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia powinny być przeprowadzane co 3 miesiące, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą (w przypadku leczenia <i>ibrutynibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i>): 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) badania obrazowe: USG jamy brzusznej lub TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy (potrzeba wykonania badań obrazowych i ich rodzaj - do decyzji lekarza w zależności od sytuacji klinicznej); 3) biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku przy potwierdzeniu całkowitej remisji lub w przypadku cytopenii o nieokreślonej przyczynie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań
--	---	---

substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) – w przypadku terapii <i>wenetoklaksem</i> w połączeniu z przeciwciałem anti-CD20; 5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii – w przypadku terapii z zastosowaniem <i>wenetoklaksu</i> w monoterapii lub w połączeniu z przeciwciałem monoklonalnym anti-CD20 albo <i>ibrutynibem</i>; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 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.	<u>Tydzień 5 i kolejne</u> – zalecana dawka <i>wenetoklaksu</i>: doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce. Przed rozpoczęciem leczenia <i>wenetoklaksem</i> 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 <i>wenetoklaksu</i> w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki. 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.	obrazowych, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania obrazowe 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) całkowita odpowiedź (CR), b) częściowa odpowiedź (PR), c) częściowa odpowiedź z limfocytozą (PR-L) – w przypadku leczenia <i>ibrutynibem</i> lub <i>akalabrutynibem</i> lub <i>zanubrutynibem</i>, d) choroba stabilna (SD), e) brak odpowiedzi (NR), f) progresja choroby (PD), g) przeżycie bez progresji choroby (PFS), h) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej
--	--	--

		lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA NOWOTWORY MIELOPROLIFERACYJNE Ph (-) (ICD-10: D45, D47.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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) <i>ruksolitynibem</i> (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej), albo b) <i>fedratynibem</i> (chorzy, którzy nie byli wcześniej leczeni inhibitorami kinazy janusowej lub byli wcześniej leczeni <i>ruksolitynibem</i>); 2) chorym na czerwienicę prawdziwą (PV): a) <i>ruksolitynibem</i> (chorzy z opornością lub nietolerancją na leczenie <i>hydroksymocznikiem</i>), <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 poszczególnych terapii.	1. Dawkowanie leku 1.1. ruksolitynib 1.1.1. w leczeniu chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF Zalecana dawka początkowa <i>ruksolitynibu</i> jest ustalana na podstawie liczby płytek krwi zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, w zakresie od 5 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 10 mg) do 20 mg doustnie podawanych 2 razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 40 mg). 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. 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,

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 <i>ruksolitynibu</i> 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 <i>fedratynibu</i> 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 nieznannej etiologii ($>37,5^{\circ}\text{C}$) (≥ 4 pkt), – bóle kostne (≥ 4 pkt), – świąd (≥ 4 pkt), – zmęczenie (≥ 4 pkt); 10) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia <i>ruksolitynibem</i> – badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA); 11) dodatkowo w przypadku kwalifikacji do leczenia <i>fedratynibem</i>: 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 <i>ruksolitynibu</i>, (a w przypadku pacjentów z niewydolnością wątroby badania wykonuje się co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby), po 3 miesiącach leczenia, po 6 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia:
--	--	---

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 nieznannej 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) <i>ruksolitynibem</i> – 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) <i>fedratynibem</i> - brak wcześniejszego leczenia inhibitorami kinazy janusowej lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem <i>ruksolitynibu</i>. 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 <i>hydroksymocznikiem</i> 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 ślędzion, 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 ($>37,5^{\circ}\text{C}$) (≥ 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 ślędzion (dotyczy tylko pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii ślędziona 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 ślędzion (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 śledziona – po 3 miesiącach leczenia (dotyczy jedynie pacjentów nieleczonych wcześniej inhibitorami kinazy janusowej, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego), lub – brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej śledziona, o co najmniej 25% długości jej wyjściowego powiększenia obserwowanego w momencie kwalifikacji – po 6 miesiącach leczenia (dotyczy pacjentów, u których przy kwalifikacji do prowadzonej terapii śledziona była powiększona ≥ 5 cm poniżej lewego łuku żebrowego), lub – 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 krwiopustów 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 śledziona, – odpowiedź w zakresie objawów ogólnych, – progresja choroby (PD), b) w przypadku PV:
--	--	---

białych <10 G/l lub płytek krwi $\leq$ 400 G/l lub ustąpienie objawów związanych z PV lub zmniejszenie albo normalizacja wymiarów śledziony i wątroby (jeśli wyjściowo były powiększone); 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. W przypadku kwalifikacji do leczenia <i>fedratynibem</i> po wcześniejszym leczeniu <i>ruksolitynibem</i> u chorych na PMF, Post-PV MF lub Post-ET MF kryteria wyłączenia są jednocześnie kryteriami zmiany inhibitora kinazy janusowej z <i>ruksolitynibu</i> na <i>fedratynib</i>, o ile nie stanowią przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia <i>fedratynibem</i>.		– 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.
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z AKTYWNĄ POSTACIĄ SPONDYLOARTROPATII (SpA) BEZ ZMIAN RADIOGRAFIK ZNACZĄCYCH DLA ZZSK (ICD-10: M46.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>certolizumabem pegol</i>, 2) <i>etanercepitem</i>, 3) <i>iksekizumabem</i>, 4) <i>sekukinumabem</i>, 5) <i>upadacytynibem</i>, 6) <i>bimekizumabem</i>, <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 następujące kryteria: 1) pacjenci 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	1. Dawkowanie 1) certolizumab pegol a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 400 mg (podana jako 2 podskórne wstrzyknięcia po 200 mg każde) w tygodniach 0., 2. i 4; b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 200 mg co 2 tygodnie lub 400 mg co 4 tygodnie. 2) etanercept a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 25 mg dwa razy w tygodniu lub 50 mg raz w tygodniu. 3) iksekizumab a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 160 mg (dwa wstrzyknięcia po 80 mg) we wstrzyknięciach podskórnych w tygodniu 0,	1. Badania przy kwalifikacji 1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości; 2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 3) oznaczenie płytek krwi (PLT); 4) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza); 10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;

stawów obwodowych lub przyczepów ścięgniętych z rozpoznaniem spondyloartropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS oraz z aktywną postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie: a) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce, b) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby: – sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej, – metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej, przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów, c) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów; lub 2) pacjenci z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie chorych z spondyloartropatią (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK (ICD – 10 M46.8)”, u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma	b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 80 mg co 4 tygodnie. 4) sekukinumab a) dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg we wstrzyknięciu podskórnym w tygodniu 0., 1., 2., 3. i 4.; b) dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 150 mg co miesiąc. 5) upadacynyb a) dawka zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 15 mg raz na dobę. 6) bimekizumab a) zalecana i jednocześnie maksymalna dawka dla dorosłych wynosi 160 mg (podawana jako jedno podskórne wstrzyknięcie) co cztery tygodnie. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS. U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć stosowanie certolizumabu pegol	11) obecność antygenu HBs; 12) przeciwciała anty-Hbc; 13) przeciwciała anty-HCV; 14) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 15) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram)- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacynybem; 16) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 17) EKG z opisem; 18) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych; 19) MR stawów krzyżowo-biodrowych. 2. Monitorowanie leczenia Po 3 miesiącach (±1 miesiąc) i 6 miesiącach (±1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać: 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacynybem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB);
--	---	--

inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego; 3) aktywną postać choroby w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria: a) wartość wskaźnika BASDAI ≥ 4 lub ASDAS $\geq 2,1$ w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni, b) ból kręgosłupa ≥ 4 oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm 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, przy czym 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, oraz ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS; 4) aktywną postać choroby w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych lub przyczepów ścięgnistych stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:	lub etanerceptu lub iksekizumabu lub sekukinumabu lub upadacytynibu lub bimekizumabu, łącznie z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach. 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Pacjent odbywa w ośrodku minimum trzy wizyty monitorujące (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia. Po uzyskaniu celu leczenia (niskiej aktywności lub remisji) i utrzymywaniu się tego stanu minimum 6 miesięcy możliwe jest wydawanie leku do kolejnej wizyty monitorującej. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leków stosowanych pozajelitowo oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowaniem leczenia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w SpA. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy (± 1 miesiąc): 1) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacytynibem morfologię krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów; 2) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB); 3) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP);
---	---	---

a) liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz b) liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podeszwowych) – co najmniej 3 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz c) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz d) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz e) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych 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: – 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,		4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 7) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram) - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia upadacystynibem; 8) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników zalecanych przez EULAR/ASAS i stosowanych rutynowo w SpA. 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
--	--	--

– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia;

- 5) w przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną;
- 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 7) w przypadku ciąży lub karmienia piersią dopuszcza się możliwość leczenia uzasadnioną aktualną wiedzą medyczną - do decyzji lekarza prowadzącego;
- 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);
- 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania określonych w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ ASAS.

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

2. Adekwatna odpowiedź na leczenie

od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

4. Monitorowanie programu

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

1) w przypadku postaci osiowej: a) po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI $\geq 50\%$ lub ≥ 2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub $\geq 1,1$ jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia, b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI < 3 albo ASDAS $< 1,3$; 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 ścięgniastych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza, b) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza. 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		przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) w ramach programu lekowego dotyczącego leczenia nieradiograficznej SpA postaci osiowej i obwodowej nie jest możliwe zastosowanie więcej niż sześciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i upadacytynibu, w tym dwóch inhibitorów TNF alfa (certolizumab pegol, etanercept) oraz trzech inhibitorów IL-17 (sekukinumab, iksekizumab, bimekizumab); 3) w ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie; 4) kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem. 4. Czas leczenia w programie 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 2. ppkt 1)b) lub 2)b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach ($\pm$1 miesiąc) terapii nie jest możliwe. 5. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2.;		
---	--	--

2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. 2. stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 6. Kryteria ponownego włączenia do programu 1) pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną zastosowaną zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji; 2) pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby; 3) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.		
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10: C25.0, C25.1, C25.2, C25.3, C25.5, C25.6, C25.7, C25.8, C25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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 gruczolaka 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 związku 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 gruczolakiem trzustki, leczeni <i>Paclitaxelum albuminatum</i> 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 mm³ lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w mm³; 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 gruczolaka 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 patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji dziedzicznej w genach BRCA1/BRCA2 potwierdzone w badaniu NGS(<i>Next Generation Sequencing</i>)- jeśli badanie u pacjenta zostało wykonane wcześniej, możliwe jest wykorzystanie badania wykonanego inną metodą niż NGS;		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 przeciwwskazaniami 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 przesunąć 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.

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 Ultrazadkowych - 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-skóro-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 Ultrazadkowych – 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: – zespół Schnitzler; d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych - 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 Ultrazadkowych - 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 Ultrazadkowych – 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 Ultrarazadkowych – 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
<i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu</i>		
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 czasu 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) Progresa choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie; 4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy; 5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby; 6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii; 7) Ciąża i karmienie piersią; 8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca. 9) Brak zgody na leczenie		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 $\geq$ 50% wartości należnej; e) pojemność dyfuzyjna płuc DL_{CO} powyżej 30%; f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.: - nadwrażliwość na lek, - cięża, - karmienie piersią, - inne przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia. 2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze; 3) cięża lub karmienie piersią; 4) przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów		3) badanie spirometryczne; 4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} 5) morfologia krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego; 7) 12-odprowadzeniowe EKG. 2. Monitorowanie leczenia 1) badanie spirometryczne co 6 m-cy; 2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy; 3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL_{CO} co 6 m-cy; 4) morfologia krwi co 6 miesięcy, 5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie; 6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
---	--	--

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.
---	--	---

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 przeciwwskazania 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 podstawnocomórkowy skóry z przerzutami odległymi lub miejscowo zaawansowany u pacjentów, u których nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako: a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym; 2) histopatologiczne potwierdzenie przerzutów odległych jako ognisk raka podstawnocomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnocomórkowego; 3) wiek ≥ 18 roku życia; 4) stan sprawności 0-2 wg ECOG; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 6) wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią; 7) przestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej ChPL przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn; 8) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z aktualną ChPL;		13) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 14) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych; 15) inne badania w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) oznaczenie TSH i FT4 -dotyczy terapii cemiplimabem; 9) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni); 10) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 1) pierwsze badanie do końca 6 tygodnia od rozpoczęcia leczenia, następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni – przed decyzją o kontynuowaniu leczenia – w przypadku terapii wismodegibem;
--	--	--

9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku, oceniana na podstawie złożonego punktu końcowego obejmującego obowiązujące kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO); 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą uniemożliwiającej kontynuację leczenia; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualnie obowiązującą ChPL;	2) przed każdym podaniem leku, nie rzadziej niż co 9-12 tygodni (3 cykle) – w przypadku terapii cemiplimabem. 3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala); 2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru (w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST); 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: a) nie rzadziej niż co 8 tyg. w przypadku terapii wismodegibem; b) nie rzadziej niż co 9 – 12 tyg. (3 cykle) w przypadku terapii cemiplimabem oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Do oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy: progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. Ocena odbywa się w oparciu o aktualne kryteria RECIST i cyfrowe zdjęcia medyczne (kryteria WHO). W przypadku zwiększania się zmian widocznych na dokumentacji zdjęciowej i jednoczesnym braku możliwości wykazania progresji zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, rozpoznanie progresji
---	--

5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 3 wg skali ECOG; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: a) niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych), b) nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku), c) brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).		pozostaje do decyzji Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: – całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, – stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), – całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
--	--	--

LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10: G.20)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) apomorfina 2) foslewodopa + foskarbidopa 3) lewodopa + karbidopa <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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 <i>MDS Clinical Diagnostic Criteria for Parkinson's Disease</i>; 2) czas trwania choroby ≥ 5 lat; 3) wcześniejsze leczenie: a) w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopą + karbidopą albo foslewodopą + foskarbidopą: wyczerpanie możliwości optymalnej terapii farmakologicznej prowadzonej co	1. Dawkowanie Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu z zastosowaniem apomorfiny albo foslewodopy + foskarbidopy albo lewodopy + karbidopy należy prowadzić zgodnie z zapisami aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych.	1. Badania przy kwalifikacji 1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany łącznie w stanie <i>off</i> lub w stanie <i>on</i> z uciążliwymi dyskinezami), udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni; 2) test z odstawieniem lewodopy z wykonaniem III części MDS UPDRS; 3) ocena neuropsychologiczna: a) psychometryczna ocena nastroju (metoda pierwszego wyboru: Inwentarz Depresji Becka (aktualne wydanie), w razie braku możliwości wiarygodnej samooceny stanu emocjonalnego z uwagi na nasilenie zaburzeń poznawczych – ocena na podstawie wywiadu ustrukturyzowanego przeprowadzanego przez klinicystę (lekarza prowadzącego lub psychologa) z wykorzystaniem skali Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, MADRS, b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination-III), w przypadku uzasadnionego podejrzenia otępienia w stadium umiarkowanym (wynik ACE-III < 61) pogłębiona diagnostyka; 4) morfologia krwi z rozmazem;

najmniej 3 lekami lub nieskuteczność monoterapii przy udokumentowanej nietolerancji innych leków (w ocenie neurologa posiadającego doświadczenie w leczeniu zaawansowanej choroby Parkinsona), b) w przypadku kwalifikacji do leczenia apomorfina dotychczasowe stosowanie optymalnego leczenia farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona; 4) łączny czas trwania stanów <i>off</i> ≥ 2 godziny, oraz czas trwania stanów <i>on</i> z obecnością uciążliwych dyskinez szczytu dawki ≥ 1 godzina, udokumentowanych w dzienniczku Hausera przez 3 kolejne dni; 5) zachowana dobra odpowiedź na lewodopę (różnica wyniku III części skali MDS UPDRS pomiędzy stanem <i>off</i> i stanem <i>on</i> wynosząca co najmniej 30%; można nie uwzględniać punktów dotyczących drżenia); 6) zapewnienie codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna w zakresie obsługi pompy; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, foslewodopy+foskarbidopy albo lewodopy+karbidopy zgodnie z aktualnymi ChPL. 2. Adekwatna odpowiedź na leczenie		5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT); 6) badanie układu krzepnięcia; 7) badanie obrazowe mózgowia (MRI lub jeśli są przeciwwskazania TK); 8) badanie EKG z oceną odstępu QT; 9) kwalifikacja przez chirurga lub gastroenterologa do PEG (w przypadku kwalifikacji do leczenia lewodopa+ karbidopa). 2. Monitorowanie leczenia 1) po 6 miesiącach (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia należy wykonać: a) morfologię krwi z rozmazem, b) AspAT, AlAT, c) badanie EKG z oceną odstępu QT (w przypadku terapii apomorfina); oraz dokonać oceny stanu ruchowego (czas spędzany łącznie w stanie <i>off</i> lub w stanie <i>on</i> z uciążliwymi dyskinezami) udokumentowanego w dzienniczku Hausera prowadzonym przez 3 kolejne dni. Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania należy powtarzać po każdym kolejnych 12 miesiącach (± 1 miesiąc). 2) nie rzadziej niż raz na 4 miesiące wykonuje się wizytę neurologiczną oraz pielęgniarską, obejmującą min. ocenę stanu ruchowego pacjenta oraz korektę dotychczasowego leczenia; Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty neurologicznej oraz pielęgniarskiej w programie w formie zdalnej konsultacji o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i
--	--	--

W ciągu pierwszych 6 miesięcy (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego łącznie w stanie <i>off</i> lub stanie <i>on</i> z uciążliwymi dyskinezami. 3. Kryteria wyłączenia 1) w przypadku zastosowania lewodopy+karbidopy, brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas którego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy+karbidopy, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądaný efekt kliniczny (definiowany jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego łącznie w stanie <i>off</i> lub w stanie <i>on</i> z uciążliwymi dyskinezami) oraz ustala się wstępną dawkę leku; 2) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2; 3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 2 stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących, pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku; 4) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG (w przypadku terapii lewodopa+karbidopa); 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 7) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 8) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;		bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie upoważnionej przez pacjenta w ilości niezbędnej do zabezpieczenia terapii do kolejnej wizyty neurologicznej (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. 3) nie częściej niż raz na 12 miesięcy wykonuje się w zależności od decyzji lekarza prowadzącego następujące konsultacje: a) gastroenterologiczną lub chirurgiczną (w przypadku terapii lewodopa+ karbidopa); b) dermatologiczną lub alergologiczną (w przypadku terapii apomorfiną lub foslewodopa+foskarbidopa). Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: – adekwatna odpowiedź na leczenie (def: redukcja o co najmniej 30% czasu łącznie spędzanego w stanie <i>off</i> lub w stanie <i>on</i> z uciążliwymi dyskinezami w ciągu pierwszych 6 miesięcy (± 1 miesiąc) od rozpoczęcia leczenia). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.
--	--	---

9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia; 10) brak możliwości zapewnienia codziennej obecności i pomocy ze strony opiekuna lub brak współpracy pacjenta z opiekunem w zakresie obsługi pompy. 4. Czas leczenia w programie Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. 5. Kryteria i warunki zamiany terapii Zmiana leczenia dotyczy zmiany z terapii: a) apomorfina na foslewodopę+foskarbidopę; b) apomorfina na lewodopę+karbidopę; c) foslewodopę+foskarbidopę na apomorfine; d) foslewodopę+foskarbidopę na lewodopa+karbidopę; e) lewodopa+karbidopę na apomorfine; f) lewodopa+karbidopę na foslewodopę+foskarbidopę Zmiana jest możliwa w następujących sytuacjach: 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących; 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii;		3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników odpowiedzi na leczenie opisanych w pkt. 2., z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

3) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje korzyść terapeutyczną dla pacjenta; Kwalifikacja pacjenta do kolejnego leku w ramach programu lekowego wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona.		
---	--	--

LECZENIE CHORYCH Z ATYPOWYM ZESPOŁEM HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWYM (aHUS) (ICD-10: D59.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>ekulizumabem</i>, 2) <i>rawulizumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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 $<150 \times 10^9/L$ 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 oraz u dorosłych z PLASMIC Score ≤ 5 ($PS \leq 5$) 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 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 przeszczepienia nerki; U ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są: 4) 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;	pod warunkiem monitorowania skuteczności leczenia przy pomocy oznaczenia CH50.	12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć 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,
--	---	--

5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa a) po szczepieniu pacjenci powinni być ściśle monitorowani pod kątem objawów chorobowych, gdyż szczepienie może powodować dalszą aktywację dopełniacza, b) profilaktyka antybiotykowa powinna u tych pacjentów być prowadzona przez 14 dni od zaszczepienia pacjenta; 6) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		lub – tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego; b) objawów ze strony układu pokarmowego: – amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej, c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego: – troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca, lub – cewnikowanie serca. 2. Monitorowanie leczenia Monitorowanie terapii ekulizumabem 1) w czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób > 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL); 2) począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci <10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci < 10kg, co 6 tygodni); 3) po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci < 10kg raz na 6 tygodni; 4) po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 3 miesiące; 5) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące;
--	--	---

1.2. do leczenia rawulizumabem kwalifikowani są pacjenci leczeni wcześniej ekulizumabem i spełniający łącznie poniższe warunki:

- 1) atypowy zespół hemolityczno-mocznicowy rozpoznany u pacjenta dorosłego, młodzieży lub dziecka o masie ciała ≥ 10 kg;
- 2) stosowanie ekulizumabu przez co najmniej 3 poprzednie miesiące, w trakcie których nastąpiła udokumentowana odpowiedź na stosowane leczenie;
- 3) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyzn będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;
- 4) jeśli u pacjenta dokonywana jest zamiana leczenia z ekulizumabu, lekarz powinien sprawdzić aktualność szczepienia przeciwko meningokokom według krajowych wytycznych w zakresie stosowania szczepionek;
- 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL;
- 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL;
- 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym.

2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu

oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach (± 1 miesiąc) wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po 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 podtrzymującego monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1 przed każdą infuzją (co 8 tygodni). W przypadku dzieci z masą ciała pomiędzy 10 kg a 20 kg, począwszy od 6 tygodnia, wykonanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. przed każdą infuzją tj. co 4 tygodnie;
- 3) po upływie 26 tygodni od rozpoczęcia terapii monitorowanie leczenia opisane jako pozycje 4-10 w ppkt. 1.1. odbywa się raz na 24 tygodnie;
- 4) u chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 24 tygodnie;

świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w pierwszym roku leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza po 3 miesiącach od rozpoczęcia terapii, a następnie po kolejnych 6 miesiącach z uzupełnieniem badań genetycznych, a w kolejnych latach co 12 miesięcy; a) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby, b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu lub rawulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych; 3) lekarz prowadzący może podjąć decyzję o czasowym zawieszeniu w podawaniu leku u kobiet ciężarnych lub karmiących piersią, zgodnie z ChPL, jeżeli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne – lekarz prowadzący informuje Zespół Koordynacyjny o czasowym zawieszeniu oraz o ewentualnym wznowieniu leczenia; 4) chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej; 5) chorzy, u których wystąpi nawrót choroby (określony na podstawie kryteriów kwalifikacji punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu lub rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.		oraz należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii po 3 miesiącach wg wskaźników zgodnych z pkt 1) kryteriów wyłączenia. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania wraz z oceną skuteczności leczenia należy powtarzać po każdych kolejnych 6 miesiącach . Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania skuteczności leczenia, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie w trakcie czasowego przerwania leczenia W pierwszym roku co miesiąc oraz przy każdej infekcji, a w kolejnych latach co najmniej raz na 3 miesiące (u kobiet w ciąży oraz połogu co miesiąc): 1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia); 2) oznaczenie stężenia hemoglobiny i liczby płytek krwi. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników skuteczności leczenia z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
--	--	---

3. Kryteria wyłączenia 1) brak efektu leczenia ekulizumabem lub rawulizumabem poprzez utrzymywanie się objawów klinicznych lub laboratoryjnych będących podstawą zakwalifikowania pacjenta do leczenia (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia); 2) w przypadku leczenia rawulizumabem pacjenci o masie ciała < 10 kg; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

LECZENIE CHORYCH Z 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) <i>ekulizumabem</i>, 2) <i>rawulizumabem</i>, 3) <i>pegcetakoplanem</i>, 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 dożylniej, co tydzień przez pierwsze 4 tygodnie, b) dawka podtrzymująca maksymalna to 900 mg w infuzji dożylniej w piątym tygodniu, a następnie dawka 900 mg w infuzji dożylniej co 14 ± 2 dni. 2) rawulizumab - podawane dawki należy określić w oparciu o masę ciała pacjenta zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego, a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylniej, b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylniej. Pierwszą dawkę	1. Leczenie ekulizumabem 1.1. Badania przy kwalifikacji: 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); 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) $\geq 1,5$ 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 dożylniej 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, w trakcie których następują pierwsze podania leku w warunkach szpitalnych, (z wynikami badań i oceną efektywności leczenia) od początku leczenia w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Następnie leczenie pegcetakoplanem może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Wówczas możliwe jest wydawanie leku na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.. Na pierwszej wizycie z podaniem leku w ośrodku pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta otrzymują wyczerpującą informację na temat techniki podawania leku stosowanego podskórnie	17) stężenie potasu w surowicy krwi; 18) badanie ogólne moczu; 19) badanie wolnej hemoglobiny w moczu; 20) badania obrazowe naczyń w przypadku podejrzenia zakrzepicy żyłnej lub tętniczej lub incydentów zatorowych w zależności od umiejscowienia: ultrasonogram (USG) lub tomografia komputerowa (TK) lub magnetyczny rezonans jądrowy (MRI). 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 meningokokom - 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 przeciwwskazanie 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	oraz potencjalnych objawach niepożądanych związanych ze stosowaniem leku. 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 następnie co 6 miesięcy przez okres 2 lat od rozpoznania, b) następnie co 12 miesięcy w przypadku stabilizacji choroby i wielkości klonu. W celu wykrycia ciężkiej hemolizy i innych reakcji, każdego pacjenta odstawiającego 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 ciążyowy 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 każdym kolejnych 6 miesiącach w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy (np. utrzymywanie się objawów aktywnej hemolizy, brak stabilizacji stężenia hemoglobiny, utrzymywanie się znacznego zmęczenia i brak poprawy jakości życia); 2) ciąża – jeśli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne; 3) karmienie piersią; 4) przeszczepienie allogenicznego 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 żyłnej 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 kątem 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) $\geq 1,5$ 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 asparaginowej (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 kręzkowych, • zakrzepica żyły wrotnej, • zgorzel, • ostre zamknięcia naczyń obwodowych; 3) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka		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 – w wybranych sytuacjach klinicznych, jeśli jest podejrzenie aplazji szpiku lub zespołu mielodysplastycznego.; 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 mężczyźni będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. 2.1.2. Chorzy stabilni klinicznie po terapii ekulizumabem: Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) wiek ≥ 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) $\leq 1,5$ górnej granicy normy (GGN); 5) w przypadku kobiet oraz poddanych leczeniu mężczyźni będących partnerami kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu		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 10 tygodniu, raz na osiem tygodni 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 przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania określonej w aktualnej ChPL substancji czynnej ujętej w programie lekowym. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są 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		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
---	--	---

leczący i akceptacji przez Zespół koordynacyjny ds. Leczenia Nocnej Napadowej Hemoglobinurii; 3) chorzy, u których konieczne jest ponowne włączenie leczenia po decyzji Zespołu koordynacyjnego ds. Nocnej Napadowej Hemoglobinurii będą ponownie włączani do podawania rawulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. 2.3. Kryteria 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;		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.
--	--	---

9) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. 3. Leczenie 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 <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i>; 5) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw <i>Neisseria meningitidis</i> (o ile wymagane jest powtórzenie kolejnego szczepienia), <i>Streptococcus pneumoniae</i> i <i>Haemophilus influenzae</i>, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepień - profilaktyka		
--	--	--

antybiotykowa przez okres 2 tygodni od momentu zaszczepienia; 6) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 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.		
---	--	--

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 substancjami czynnymi: 1) eltrombopag; 2) romiplostym; 3) awatrombopag; 4) rytuksymab. 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; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii;	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 $\mu\text{g/kg}$ 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 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	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby: a) AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub rytuksymabem, b) AST, AlAT, bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia romiplostymem, lub awatrombopagiem; 3) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA – dotyczy kwalifikacji do leczenia rytuksymabem; 4) oznaczenie stężenia immunoglobulin (IgG, IgA, IgM) w surowicy krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia rytuksymabem; 5) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60

5) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń, w tym aktywnego zapalenia wątroby typu B – w przypadku kwalifikacji do leczenia rytuksymabem; 6) zgoda pacjentki na stosowanie wysoce skutecznej metody zapobiegania ciąży podczas stosowania rytuksymabu i przez 12 miesięcy od zakończenia leczenia (w przypadku kobiet w wieku rozrodczym). Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Dodatkowo, w celu kontynuacji terapii do programu lekowego mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni w ramach programu lekowego „Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)”, którzy osiągnęli pełnoletniość, bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3. W przypadku leczenia rytuksymabem czas terapii trwa 4 tygodnie i jest ograniczony do jednego cyklu. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;	niezbędna do zabezpieczenia 3 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 4 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 3. Dawkowanie awatrombopagu 1) zalecana dawka początkowa: 20 mg raz na dobę; 2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. 4. Dawkowanie rytuksymabu 1) zalecana dawka: 375 mg/m² we wlewie dożylnym raz w tygodniu; 2) czas trwania cyklu: 4 tygodnie; 3) 30 minut przed wlewem rytuksymabu należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.	lat, chorych z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami; 6) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem; 7) elektrokardiogram (EKG) – dotyczy kwalifikacji do leczenia rytuksymabem; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. 2. Monitorowanie leczenia 1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek ($\geq 50\ 000/\mu\text{l}$ przez co najmniej 4 tygodnie): a) wykonywane co 1 tydzień: – morfologia krwi z rozmazem; b) w przypadku leczenia eltrombopagiem - wykonywane co 2 tygodnie: – parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita); 2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek: a) wykonywane co 1 miesiąc: – morfologia krwi z rozmazem, – w przypadku leczenia eltrombopagiem: parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita), – w przypadku leczenia romiplostymem lub awatrombopagiem parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita) –
--	---	--

3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) zaburzenia czynności wątroby: a) wynik w skali Child-Pugh ≥ 5 – dotyczy leczenia eltrombopagiem, b) wynik w skali Child-Pugh ≥ 7 – dotyczy leczenia romiplostymem; 5) 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, - <u>dotyczy wyłącznie chorych leczonych eltrombopagiem;</u> 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) brak odpowiedzi na leczenie: a) eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), albo		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 przypadku pacjentów leczonych rytuksymabem obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie (morfologia krwi z rozmazem) powinna być prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie. W celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta rodzaj odpowiedzi na leczenie w oparciu o liczbę płytek krwi i krwawienia: 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;
--	--	---

b) romiplosty mem 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 $\geq 50 \times 10^9/L$; 8) trwała remisja choroby niewymagająca jakiegokolwiek leczenia; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego. W przypadku braku odpowiedzi na leczenie, wystąpienia działań niepożądanych lub przeciwwskazań do stosowania danego leku, lekarz prowadzący może podjąć decyzję o zmianie leku w ramach programu lekowego.		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.
--	--	--

LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPLYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem - wiek 1-18 lat; - rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy) lub przetrwałej (rozumianej jako trwającej powyżej 6 miesięcy) pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP); - niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze leczenie farmakologiczne ITP. 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. 1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia rytuksymabem - wiek 1-18 lat;	1. Dawkowanie eltrombopagu - 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; - maksymalna dawka dobową wynosi 75 mg; - dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego. Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek ≥ 50 tys./μl. 2. Dawkowanie romiplostymu - romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu jako wstrzyknięcie podskórne;	1. Badania przy kwalifikacji - morfologia krwi z rozmazem białokrwiowym i liczbą płytek; - parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina); - badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu; - test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy. 2. Monitorowanie leczenia - badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi: - wykonywane co 1 tydzień (dla wszystkich): - morfologia krwi z rozmazem białokrwiowym i liczbą płytek, - wykonywane co 2 tygodnie (dotyczy leczenia eltrombopagiem): - parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);

2) rozpoznanie opornej na immunosupresję małopłytkowości immunologicznej (trwającej powyżej 4 miesięcy); 3) zagrażająca życiu małopłytkowość immunologiczna z cechami krwawienia lub liczbą płytek poniżej 20 tys./μL; 4) niedostateczna odpowiedź na leczenie kortykosteroidami, IGIV lub agonistów rTPO. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Pacjenci pozostający w leczeniu w ramach tego programu lekowego, po osiągnięciu pełnoletności 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. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3. W przypadku leczenia rytuksymabem czas terapii nie powinien być dłuższy niż 4 tygodnie. Obserwacja pacjenta i ocena odpowiedzi na leczenie jest prowadzona przez cały czas utrzymywania się odpowiedzi płytkowej lub co najmniej przez 8 tygodni od podania pierwszej dawki leku w przypadku braku odpowiedzi na leczenie.	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 pozwalającej utrzymać liczbę płytek $\geq$ 50 tys./μL. 3. Dawkowanie rytuksymabu 1) zalecana dawka: 375 mg/m² we wlewie dożylnym raz w tygodniu; 2) 30 minut przed wlewem rytuksymabu należy podać metyloprednizolon w dawce 100 mg dożylnie.	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 $250 \times 10^9/l$, należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 raz w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej $100 \times 10^9/l$. 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 -
--	--	--

3. Kryteria wyłączenia z programu 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 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 d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) brak odpowiedzi na leczenie: – eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary), - lub		rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

– romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
---	--	--

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 $\geq 2,5$ µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) najwcześniej po 12 tygodniach leczenia, dawka pasyreotydu może zostać zwiększona do 60 mg podawana co 28 dni. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub nadmiernej odpowiedzi na leczenie dawka pasyreotydu może zostać zmniejszona o 20 mg lub preparat powinien zostać odstawiony. 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) <i>Schematu dawkowania</i>; 4) objawowa kamica żółciowa;	wykonywanym przez fachowy personel medyczny. 2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym. 1.3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności 1) Jeżeli u pacjenta leczonego pasyreotydem wystąpi hiperglikemia, zaleca się rozpoczęcie lub zmianę leczenia przeciwcukrzycowego według wytycznych dotyczących postępowania w hiperglikemii. Jeżeli niekontrolowana hiperglikemia utrzymuje się pomimo odpowiedniego leczenia, dawkę pasyreotydu należy zmniejszyć lub należy przerwać leczenie. 2) Zaburzenia czynności wątroby: a) w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa A wg skali Child-Pugha) dostosowanie dawkowania nie jest konieczne; b) w przypadku pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa B wg. skali Child-Pugha) zalecana dawka początkowa wynosi 20 mg co 4 tygodnie. Maksymalna dawka zalecana	6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR; 7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej; 8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy); 9) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna. 1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem 1) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia (3 dawki pasyreotydu) należy wykonać ocenę stężenia GH i stężenia IGF-1 w surowicy. Oznaczenia GH i IGF-1 należy powtarzać w okresie leczenia pasyreotydem co 3 miesiące; 2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 3) oznaczanie stężenia glukozy we krwi i / lub ocena stężenia glukozy w osoczu na czczo – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4
---	--	--

5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child–Pugha); 6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN; 7) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne); 8) okres ciąży lub karmienia piersią; 9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 10) brak odpowiedzi na leczenie po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce, w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako: a) obniżenie stężenia GH o > 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu <2,5 µg/l lub b) obniżenie stężenia IGF-1 o >40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1 lub c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza > 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu 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 wznowiać, 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 makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, nie rzadziej niż 1 raz do roku i w każdym przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia; 10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy; 11) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).
--	--	--

1.3. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. 2. Leczenie pegwisomantem 2.1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek powyżej 18 roku życia; 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT); 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełnianego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce ≥ 30 mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii; 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego i (lub) radioterapii (ponowna operacja lub radioterapia w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne i radioterapia nie są możliwe);	2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii. 3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórnie pod nadzorem lekarza. 4) Następnie 10 mg pegwisomantu należy podawać raz na dobę we wstrzyknięciu podskórnym. Dawki należy dostosowywać na podstawie stężenia IGF-1 w surowicy. Należy oznaczać stężenia IGF-1 w surowicy co 4 do 6 tygodni i stopniowo zwiększać dawkę tak, aby utrzymywać stężenia IGF-1 w surowicy, w zakresie właściwym dla płci i wieku i uzyskać optymalną odpowiedź terapeutyczną. Maksymalna dawka wynosi 30 mg/dobę. 2.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności 1) niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym, w przypadku wystąpienia w trakcie terapii pegwisomantem zaburzeń widzenia i/lub bólu głowy; 2) zaburzenia czynności wątroby: przerwanie podawania pegwisomantu w przypadku utrzymywania się objawów choroby wątroby; 3) dostosowanie dawki insuliny lub innych przyjmowanych jednocześnie leków u	2. Leczenie pegwisomantem 2.1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań; 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL). 3) ocena hormonalna: stężenie GH, stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy; 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki w okresie do 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy ≥ 1 cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm); 6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem; 7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej; 2.2. Monitorowanie leczenia 1) stężenie IGF-1 w surowicy mierzone co 4 do 6 tygodni w czasie stopniowego zwiększania dawki leku celem uzyskania optymalnej kontroli terapeutycznej, a następnie ocena co 3 miesiące; 2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-
---	--	---

5) nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny II generacji o przedłużonym działaniu tj. pasyreotydem w dawce 60 mg lub nietolerowanie takiej terapii; 6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c > 7% (> 53 mmol/mol). Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4. W przypadku gdy pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia pasyreotydem zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu (pkt. 1.1.), kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4, 5 łącznie lub 1, 2, 3, 4, 6 łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pegwisomantem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii. 2.2. Kryteria wyłączenia 1) kandydaci do leczenia operacyjnego; 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;	osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego; 4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.	przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa; 3) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT w surowicy co 4 do 6 tygodni przez sześć pierwszych miesięcy terapii pegwisomantem oraz w przypadku objawów sugerujących ryzyko wystąpienia zapalenia wątroby; 4) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie oznaczenia eGFR i wydalanie białka z moczem, a następnie zgodnie ze wskazaniami klinicznymi lub co pół roku - w przypadku braku pogorszenia; 5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi; 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, po 3 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia; 7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy; 8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
---	--	--

3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m² oraz utrata białka >3 g/1,73m²; 4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT >5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT); 5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne); 6) okres ciąży lub karmienia piersią; 7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy nie uzyskano normalizacji stężenia IGF-1 odpowiednio dla płci i wieku, po co najmniej 12 miesięcznym okresie podawania pegwisomantu w najwyższej tolerowanej dawce; 2.3. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.		2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10: E78.01, I21, I22, I25)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie: - dorośłym pacjentom z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <i>alirokumabem</i>, <i>ewolokumabem</i>, <i>inklisiranem</i>, - dorośłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <i>lomitapidem</i>, - dorośłym pacjentom z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <i>ewolokumabem</i>, - dorośłym pacjentom z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego: <i>alirokumabem</i>, <i>ewolokumabem</i>, <i>inklisiranem</i>, - pediatrycznym pacjentom z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: <i>ewolokumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji	1. Dawkowanie 1.1. Alirokumab 150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie lub 300 mg alirokumabu podawane co 4 tygodnie (miesięcznie). 1.2. Ewolokumab - heterozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej: 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie, - bardzo wysokie ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego: 140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie, - homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej: - zalecana dawka początkowa to 420 mg raz w miesiącu. Po 12 tygodniach leczenia, częstość dawkowania może być stopniowo zwiększana do 420 mg raz na 2 tygodnie, jeśli nie została uzyskana odpowiedź	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia - badanie lipidogramu; - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (AlAT); - test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); - dodatkowo w przypadku terapii alirokumabem, ewolokumabem, inklisiranem: - oznaczenie stężenia kreatyniny oraz badanie eGFR, - oznaczenie aktywności kinazy kreatynowej (CK); - dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem: - wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie, - oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej (AspAT) i fosfatazy alkalicznej (ALP), - oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej,

Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.5.; 2) brak hiperlipidemii wtórnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.4.; 3) brak homozygotycznej postaci hipercholesterolemii rodzinnej z wyjątkiem pacjentów spełniających kryteria włączenia do programu lekowego wymienione w podpunkcie 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.5.; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią – dotyczy kobiet w wieku rozrodczym; 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia 1.2.1. dorosłych pacjentów z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem 1) potwierdzona diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. > 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network; 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	istotna klinicznie. U pacjentów, u których wykonywana jest afereza, można rozpocząć leczenie dawką 420 mg podawaną raz na dwa tygodnie w taki sposób, aby schemat dawkowania dopasować do harmonogramu zabiegów aferezy. 1.3. Inkisiran 284 mg 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 inkisiran i kontynuować podawanie leku zgodnie z pierwotnym harmonogramem. Jeśli doszło do pominięcia zaplanowanej dawki w okresie przekraczającym 3 miesiące, należy rozpocząć nowy schemat dawkowania – inkisiran 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	d) oznaczenie stężenia albumin w surowicy krwi, e) oznaczanie aktywności transpeptydazy gamma - glutamylowej (GGTP), f) badania przesiewowe w celu wykrycia stłuszczeniowego zapalenia i zwłóknienia wątroby zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) dodatkowo w przypadku terapii ewolokumabem pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną: a) wynik badania genetycznego potwierdzającego występowanie HoFH w wywiadzie. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) monitorowanie bezpieczeństwa leczenia - na każdej wizycie; 2) dodatkowo w przypadku terapii lomitapidem: a) stężenie cholesterolu i trójglicerydów przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji, b) w pierwszym roku leczenia należy wykonywać badania czynności wątroby (przynajmniej oznaczenie AlAT i AspAT) przed każdym zwiększeniem dawki lub co miesiąc, wybierając częstszą z tych opcji, c) po pierwszym roku należy wykonywać badania czynności wątroby przynajmniej
--	--	--

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 (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); albo 3) pacjenci, z heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewolokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.). 1.2.2. 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 rosuvastatyna 40 mg, a następnie atorwastatyna	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.	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 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) <i>alirokumabem</i> lub <i>ewolokumabem</i> (dotyczy pacjentów dorosłych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 12 miesięcy, b) <i>ewolokumabem</i> (dotyczy pacjentów pediatrycznych) - badanie lipidogramu wykonuje się po 3 miesiącach leczenia, a następnie co 6 miesięcy, c) <i>inklisiranem</i> lub <i>lomitapidem</i> - 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
---	--	---

40-80 mg lub rosuvastatyna 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 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 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 homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem 1) potwierdzona diagnoza homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH) na podstawie badania genetycznego; 2) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: a) zoptymalizowanego leczenia hipolipemizującego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT) (stosowanego nie krócej niż 3 miesiące), 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		leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) zmiana stężenia LDL-C; b) zmiana stężenia TC; c) zmiana stężenia HDL; d) zmiana stężenia trójglicerydów; e) procentowy spadek liczby zabiegów LDL aferezy. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

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);

albo

- 3) pacjenci, z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną leczeni ewolokumabem zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z podpunktem 1.2.5. po osiągnięciu pełnoletniości, którzy podlegają przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych bez konieczności spełnienia kryteriów ogólnych kwalifikacji (1.1.).

1.2.4. dorosłych pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego alirokumabem lub ewolokumabem lub inklisiranem

- 1) LDL-C >70 mg/dl (1,8 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

- a) intensywnego leczenia statynami (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 miążdżycą tętnic wieńcowych, który wystąpił do 24 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego oraz dodatkowym jednym zdarzeniem sercowo-naczyniowym:

a) wieńcowym: – z dodatkowo przeżytym zawałem serca w wywiadzie - lub – wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach - lub – wiekiem poniżej 50 lat w chwili pierwszego zawału, - lub – po uprzednio wykonanym zabiegu PCI lub CABG wielonaczyniowej choroby wieńcowej, b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako: – choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.: i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85 - lub ii. przeżyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych - lub iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej - lub – choroba tętnic mózgowych, tj.: i. przeżyty udar mózgu niedokrwienny - lub ii. przemijający atak niedokrwienny (TIA) - lub iii. przeżyta rewaskularyzacja tętnic dogłowych. 1.2.5. pediatrycznych pacjentów z homozygotyczną lub heterozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną ewolokumabem 1) wiek 10 – 18 lat;		
---	--	--

2) potwierdzona diagnoza hipercholesterolemii rodzinnej na podstawie wyniku: skali Dutch Lipid Clinic Network w przypadku heterozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HeFH) albo na podstawie badania genetycznego w przypadku homozygotycznej hipercholesterolemii rodzinnej (HoFH);

3) LDL-C > 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i:

a) zoptymalizowanego leczenia hipolipemizującego zgodnie z obowiązującymi wytycznymi towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT) (stosowanego nie krócej niż 3 miesiące),

lub

b) pacjenci z całkowitą nietolerancją statyn, definiowaną według obowiązujących wytycznych towarzystw naukowych w zakresie diagnostyki i leczenia zaburzeń lipidowych (PTL/KLRWP/PTK/PTDL/PTD/PTNT), jako udokumentowany brak tolerancji co najmniej 2 statyn – jednej w najmniejszej początkowej dawce na dobę i drugiej w dowolnej dostępnej dawce (okres leczenia statynami ustalony przez lekarza prowadzącego, ale nie krótszy niż przez 3 miesiące).

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

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 4. Dla pacjentów zakwalifikowanych zgodnie z punktem 1.2.5. terapia może być kontynuowana po ukończeniu przez pacjenta 18 roku życia, pod warunkiem przeniesienia leczenia do ośrodka dla dorosłych zgodnie z ppkt. 1.2.1.3. albo 1.2.3.3. 3. Zamiana leków W przypadku wystąpienia u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, objawów niepożądanych albo okoliczności wskazanych w pkt. 4.2., albo ze względu na bezpieczeństwo pacjenta dopuszcza się możliwość zamiany leków: a) alirokumab lub ewolokumab na inklisiran, - lub b) inklisiran na alirokumab lub ewolokumab. Niedopuszczalna jest zamiana leków w obrębie tej samej grupy farmakoterapeutycznej, rozumiana jako zamiana leczenia alirokumabem na ewolokumab albo ewolokumabem na alirokumab. Powyższe nie dotyczy pacjentów z homozygotyczną hipercholesterolemią rodzinną. 4. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku; 2) brak skuteczności terapii: a) w przypadku leczenia alirokumabem lub ewolokumabem (dotyczy pacjentów dorosłych): rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o $< 30\%$ po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach, a w przypadku leczenia inklisiranem: rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o $< 30\%$ po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po każdym kolejnych 12 miesiącach,		
---	--	--

potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej:

- w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktami 1.2.1. albo 1.2.3. albo 1.2.4. albo 1.2.5., (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3),
- w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem zamiany leku opisanej w pkt. 3);

b) w przypadku leczenia lomitapidem rozumiany jako:

- redukcja stężenia LDL-C o $< 40\%$, u pacjentów wymagających redukcji stężenia LDL-C o przynajmniej 40% , albo stężenie LDL-C wyższe niż 2 mmol/L u pacjentów wymagających mniejszej niż 40% redukcji stężenia LDL-C (w stosunku do wartości wyjściowej określonej w momencie włączenia do programu lekowego), po pierwszych 6 miesiącach leczenia, a następnie po 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; c) w przypadku leczenia ewelokumabem (dotyczy pacjentów pediatrycznych): rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o $< 5\%$, po pierwszych 3 miesiącach leczenia, a następnie po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej: – w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z podpunktem 1.2.5., – w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii; W przypadku pacjentów, u których przed ukończeniem 18 r.ż. nie przeprowadzono oceny skuteczności po pierwszych 3 miesiącach leczenia, ocena taka przeprowadzana jest w ośrodku dla dorosłych, a brak skuteczności leczenia rozumiany jest jako: redukcja stężenia LDL-C o $< 30\%$ po pierwszych 3 miesiącach leczenia a następnie po każdych kolejnych 12 miesiącach leczenia, potwierdzona w dwóch kolejnych pomiarach stężenia LDL-C (wykonanych w odstępie do maksymalnie 1 miesiąca), w stosunku do wartości wyjściowej określonej jak powyżej. 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i		
---	--	--

bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10: G12.0, G12.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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: 1) onasemnogen abeparwówek; 2) nusinersen; 3) rysdyplam. Powyższych terapii nie należy traktować jako linii leczenia. 1. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek 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 onasemnogen abeparwówek Dawkowanie onasemnogen abeparwówek 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 klinicznie 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 abeparwówek 1) badanie ogólnolekarskie; 2) badanie miana przeciwciał AAV9; 3) badanie czynności wątroby: AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, GGTP; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) liczba płytek krwi; 6) stężenie troponiny I; 7) badanie genetyczne potwierdzające bialleliczną mutację genu SMN1; 8) badanie określające ilość kopii genu SMN2 z wykorzystaniem techniki MLPA lub innych specyficznych technik; 9) ocena zdolności połykania; 10) badanie zaburzeń nerwowo-mięśniowych w skali CHOP-INTEND; 11) ocena kamieni milowych rozwoju motorycznego w skali WHO; 12) określenie masy ciała pacjenta w stosunku do wieku z wykorzystaniem siatek centylowych;

3) zachowana zdolność połykania w ocenie lekarza kwalifikującego; 4) ocena w skali CHOP – INTEND powyżej 12 punktów w momencie podania leku; 5) posiadanie aktualnych informacji o szczepieniach obowiązkowych; 6) brak jakiegokolwiek wcześniejszego leczenia z powodu SMA, w tym: a) brak wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen lub rysdyplam w ramach niniejszego programu lekowego; b) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach badań klinicznych; c) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach programów wczesnego dostępu; d) brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach innego sposobu finansowania terapii; 7) świadoma zgoda rodziców lub opiekunów prawnych pacjenta na warunki programu lekowego oraz harmonogram wizyt. 8) brak przeciwwskazań określonych w punkcie 1.2. Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie. Kryteriów opisanych w punkcie 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów leczonych nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu po ustąpieniu przeciwwskazań do terapii onasemnogen abeparwówek opisanych w punkcie 1.2. (pierwotnie pacjent nie otrzymał onasemnogen abeparwówek ze względu na wystąpienie przeciwwskazań). Kryteriów opisanych w punkcie 1, 2 i 6 nie stosuje się w przypadku pacjentów przedobjawowych i objawowych z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu	3. Dawkowanie rysdyplamu Dawkowanie rysdyplamu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).	13) badanie stężenia kreatyniny i mocznika; 14) badanie poziomu hemoglobiny; 15) inne badania i konsultacje specjalistyczne o ile są wskazania, w tym: konsultacja gastrologa, konsultacja pulmonologa, EKG. 1.2. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną nusinersen 1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1; 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2; 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA; 4) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta; 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram); 6) morfologia krwi z rozmazem; 7) konsultacja 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 - u kobiet w wieku reprodukcyjnym. 1.3. Badania przy kwalifikacji do leczenia substancją czynną rysdyplam
---	--	--

SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2 urodzonych przed 1 września 2022 r. i leczonych od momentu diagnozy nusinersenem lub rysdyplamem w ramach niniejszego programu. W opinii lekarza prowadzącego pacjent ten ma prawidłowy stan odżywienia. Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia SMA z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek i otrzymali leczenie z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek, przez wzgląd na brak dowodów naukowych przedstawianych w ramach procesów refundacyjnych w Polsce, nie mogą być włączeni do leczenia SMA z wykorzystaniem nusinersenu lub rysdyplamu finansowanego w ramach niniejszego programu lekowego. 1.2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu 1) tracheostomia i konieczność stosowania wentylacji mechanicznej inwazyjnej lub konieczność nieinwazyjnego wspomagania wentylacji średnio ≥ 16 godzin dziennie przez 7 dni przed kwalifikacją do programu; 2) niewydolność oddechowa od urodzenia; 3) masa ciała mniejsza niż 2,6 kg lub większa niż 13,5 kg; 4) zaburzenia połykania wymagające karmienia z zastosowaniem sondy dożołądkowej lub gastrostomii odżywczej; 5) znana aktywna infekcja uniemożliwiająca zastosowanie terapii; 6) choroby współistniejące uniemożliwiające podanie leczenia w ocenie lekarza prowadzącego lub Zespołu Koordynującego; 7) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku, znana alergia lub nadwrażliwość na		1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1; 2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2; 3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina); 6) konsultacja rehabilitacyjna lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta; 7) konsultacja ortopedyczna - w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 8) konsultacja gastroenterologiczna lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta; 9) test ciążowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii oraz przez 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki - u kobiet w wieku rozrodczym. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek 2.1.1. Ocena skuteczności leczenia 1) badanie neurologiczne i w skali funkcjonalnej odpowiedniej do wieku i stanu pacjenta po podaniu leku przeprowadza się w 3, 6, 9, 12, 15, 21, 24, 27, 36, 48 miesiącu po podaniu leku; 2) monitorowanie leczenia przez okres 48 miesięcy od podania leku z substancją czynną onasemnogen abeparwówek polega na ocenie kryteriów, które umożliwią ewentualne stwierdzenie braku skuteczności leczenia lub braku osiągnięcia kamieni milowych;
--	--	---

prednizolon lub inne glikokortykosteroidy lub ich substancje pomocnicze; 8) miano przeciwciał przeciwko adenowirusowi o serotypie 9 (AAV9) > 1:50 określone w teście ELISA - wynik uzyskany nie więcej niż 30 dni przed podaniem leku; 9) klinicznie istotne nieprawidłowe wartości laboratoryjne (gamma-glutamylotranspeptydaza [GGTP], ALAT i AspAT > 2 × GGN, bilirubina ≥ 2,0 mg/dl, kreatynina ≥ 1,0 mg/dl, hemoglobina [Hgb] < 8 lub > 18 g/dl; białe krwinki [WBC] > 20 000 na mm³), PLT poniżej 50 tys. w mm³ przed genową terapią zastępczą; 10) inne wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego. 1.3. Zakończenie leczenia w programie Zakończenie leczenia w programie lekowym następuje w przypadku stwierdzenia przez Zespół Koordynujący braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych u pacjenta leczonego z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwovek. Stwierdzenie braku skuteczności lub braku osiągnięcia kamieni milowych lekarz prowadzący musi udokumentować w SMPT. Zakończenie leczenia w programie lekowym musi zostać potwierdzone przez Zespół Koordynujący. 2. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen 2.1. Kryteria kwalifikacji 1) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym lub pacjenci zdiagnozowani również w ramach Rządowego		3) jako brak skuteczności uznaje się: a) konieczność włączenia stałej wentylacji mechanicznej w okresie 48 miesięcy od dnia podania leku, rozumianej jako: – inwazyjna wentylacja poprzedzona wykonaniem zabiegu tracheostomii trwająca przez co najmniej 16 godzin dziennie, w sposób ciągły przez co najmniej 14 kolejnych dni (przy braku ostrej, odwracalnej choroby i z wyjątkiem wentylacji 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 potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 15 miesiącu życia pacjenta.
---	--	---

Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce. 2) do leczenia nusinersenem kwalifikowani są pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek w ramach niniejszego programu lekowego; 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznane rdzeniowe zaniki mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt 2.3. 4) w przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwówekiem, rysdyplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu. Kryteria 1) i 2) muszą być spełnione łącznie. Do leczenia nusinersenem mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni uprzednio rysdyplamem w ramach niniejszego programu lekowego, u których wystąpiła wyłącznie nietolerancja leczenia rysdyplamem. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:		b) nieuzyskanie umiejętności stania bez podparcia przez co najmniej 10 sekund w badaniu wykonanym metodą wg. WHO po osiągnięciu 20 miesiąca życia pacjenta i potwierdzone w ponownym badaniu przeprowadzonym po 23 miesiącu życia pacjenta. 2.1.2. Badania laboratoryjne 1) co tydzień przez pierwszy miesiąc po podaniu leku, a następnie co 2 tygodnie w drugim i trzecim miesiącu lub dłużej (do czasu powrotu parametrów do wartości początkowej): a) badanie aktywności aminotransferaz wątrobowych i poziom bilirubiny całkowitej; b) badanie liczby płytek krwi; c) stężenie troponiny I; d) inne badania i pomiary konieczne ze względu na stan zdrowia (np. ciśnienie tętnicze) w zależności od decyzji lekarza prowadzącego. 2.2. Monitorowanie leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen 1) badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki; 2) badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących; 3) ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji; 4) ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta; 5) ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku;
--	--	--

1) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę. Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wnioski o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający: 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach, 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta. 2.2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego. Po podaniu 6 dawki, niezależnie od mechanizmu finansowania terapii w jakim to nastąpiło, a następnie przed podaniem każdej kolejnej dawki przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia. Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia. 2.3. Kryteria wyłączenia z programu 1) zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;		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. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich
---	--	--

2) przeciwwskazania 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 któregośkolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii: 6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. 3. Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni z wykorzystaniem substancji czynnej rysdyplam 3.1. Kryteria kwalifikacji 1) pacjenci wcześniej nie leczeni w ramach niniejszego programu lekowego: a) z klinicznym rozpoznaniem SMA typu 1, typu 2 lub typu 3 lub b) z białeliczną mutacją genu SMN1 i posiadający od jednej do czterech kopii genu SMN2;		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 abeparwówek 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 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
--	--	---

2) pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach niniejszego programu lekowego: a) u których stwierdzono przeciwwskazania do terapii nusinersenem w trakcie leczenia nusinersenem, lub b) których stan neurologiczny w czasie terapii nusinersenem uległ pogorszeniu według kryteriów wyłączenia z terapii nusinersenem - punkt 2.3.4 programu lekowego B.102.FM; lub c) u których występują wielokrotne (dwa lub więcej) objawy niepożądane nakłucia lędźwiowego wymagające interwencji medycznej; 3) w celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni rysdyplamem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznane rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w pkt. 3.3; 4) do leczenia rysdyplamem kwalifikują się pacjenci, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek w ramach niniejszego programu lekowego; Kryterium 4 musi być spełnione w każdym przypadku. W przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogenem abeparwówką, nusinersenem lub ranaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest zraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz		przeprowadzonych w chwili uzyskania danego kamienia milowego oraz w momencie jego utraty z potwierdzeniem tego faktu po 3 miesiącach. Ponadto, Świadczeniodawca zapewni dostęp Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni do dokumentacji medycznej pacjentów leczonych z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek objętych programem lekowym, w szczególności do zdjęć lub nagrań wideo dokumentujących badania wymagane do oceny skuteczności lub oceny kamieni milowych rozwoju motorycznego wymienionych w pkt 2.1.1. monitorowania leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek. 4) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu.

Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:

- 1) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały kryteria pozostania w programie.
- 2) pacjentów, którzy z powodu okoliczności niezwiązanych z brakiem skuteczności leczenia (np. uraz, zabieg operacyjny) spełnili kryterium wyłączenia z programu, a jednocześnie po ustaniu tych okoliczności wykazują poprawę.

Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni wskaże właściwą punktację wyjściową dla pacjenta w oparciu o wnioski o kontynuację terapii po przerwie w leczeniu zawierający:

- 1) opis dotychczasowych wyników leczenia, w tym daty włączenia i zakończenia terapii oraz daty ocen funkcjonalnych i ocen w odpowiednich skalach,
- 2) opis okoliczności, które mogłyby się przyczynić do ewentualnego pogorszenia stanu pacjenta.

3.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągana jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Łączny czas leczenia pacjenta rysdypłamem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.

Po 6 miesiącach przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla

dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

3.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) pogorszenie w, odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:
 - a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy
 - lub
 - b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 6 miesięcy;
- 2) wystąpienie w trakcie trwania terapii któregokolwiek z przeciwwskazań wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;

W takim przypadku po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego ds. Leczenia Rdzeniowego Zaniku Mięśni możliwa jest zmiana leczenia na nusinersen (dotyczy pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni nusinersenem).
- 3) ciąża;
- 4) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.

LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO (ICD 10 E.75.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjenci 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;	Dawkowanie agalzydazy beta Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylniej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego. 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.	1. Badania przy kwalifikacji 1) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3); 2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji); 3) Morfologia krwi z rozmazem; 4) Wysokość i masa ciała; 5) Próby wątrobowe: ALAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; ogólne badanie moczu; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR); wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria; stężenie glukozy na czczo i lipidogram; troponina; 6) USG jamy brzusznej z oceną nerek; 7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej; 8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna; 9) Rezonans magnetyczny mózgu;

3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem: a) u mężczyzn: badania 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 genetyczne wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA; 4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz $GFR \geq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$; Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z		10) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angiokeratomy); 11) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu; 12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach); 14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). 2. Monitorowanie leczenia Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań: 1) Wysokość i masa ciała; 2) Morfologia krwi z rozmazem; 3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego
---	--	---

programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii. 3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem 1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat); 2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu; 3) Jednoczesowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu; 4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa; 6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu; 7) $GFR < 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$ - 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 globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3); 10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach); 11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach); 12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);
--	--	---

10) Zaawansowana choroba serca z rozległymi zwłóknieniami lub schyłkowa niewydolność serca (NYHA 4) bez możliwości przeszczepu, o ile choroba serca jest jedynym (objawowym) wskazaniem do rozpoczęcia terapii; 11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN; 12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu; 13) Końcowe stadium choroby Fabry’ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy. 4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem 1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych; 3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzone lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa; 4) Ciąża lub laktacja; 5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia; 6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach). 3. Monitorowanie programu 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	--

LECZENIE CHORYCH NA ZAPALENIE BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) (ICD-10: H20.0, H30.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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 – <i>adalimumabem</i>; 2) leczenie miejscowe – <i>deksametazonem w postaci implantu doszklistkowego</i>. Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN, opisane w <i>standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standarization of Uveitis Nomenclature)</i>. 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 szklanego 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 umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną; 5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. Adalimumabem a) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby: – przy dawce ≤ 10 mg prednizolonu lub dawce równoważnej innego leku sterydowego lub – przy terapii lekami immunosupresyjnymi lub – przy kombinacji obu powyższymi terapiami po kursie leczenia trwającym 15 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 antygeny HBs; 14) oznaczenie przeciwciał anti-HCV; 15) oznaczenie obecności antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 16) badanie RTG klatki piersiowej (do 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu); 17) elektrokardiogram (EKG); 18) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego; 19) rezonans magnetyczny w razie wskazań klinicznych; 20) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 1.2.2. Deksametazonem w postaci implantu 1) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT lub w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa - opcjonalnie lub na prośbę Zespołu Koordynacyjnego.
---	--	---

lub c) występowanie przeciwwskazań lub nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych. Choroba nieaktywna definiowana jest jako: 1) brak aktywnej zapalnej zmiany naczyń i siatkówki lub naczyń siatkówki; 2) stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka 0,5+ według kryteriów SUN; 3) stopień przymglenia ciała szklстого oka 0,5+ według kryteriów SUN. 1.1.2. Deksametazonem w postaci implantu a) obecność klinicznie znamiennego obrzęku plamki w przebiegu ZBN; b) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku w zakresie 0,1 – 0,8, określona na tablicach Snellena lub ETDRS. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.		2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1.1. Adalimumabem 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) CRP; 3) odczyn Biernackiego; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 6) test Quantiferon lub próba tuberkulinowa; 7) konsultacja neurologiczna z ewentualnym badaniem MRI (do decyzji lekarza konsultującego). Badania z pkt 1 – 5 wykonuje się przed podaniem: a) 3 dawki leku; b) 5 dawki leku; c) każdej kolejnej 5 dawki leku – do decyzji lekarza prowadzącego. Badania z pkt 6 i 7 wykonuje się co 6 miesięcy. 2.1.2. Deksametazonem 1) ocena najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 3) ocena dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT lub angio-OCT); Badania wykonuje się przed każdym podaniem leku. 2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia
---	--	---

2.1. Czas leczenia w programie adalimumabem W przypadku braku powikłań leczenie powinno być prowadzone przez 24 miesiące. Za remisję należy uznać brak aktywności choroby zgodnie z kryteriami SUN, trwający dłużej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia. 2.2. Czas leczenia w programie deksametazonem w postaci implantu Pacjent, u którego przed podaniem kolejnego implantu nie stwierdza się obrzęku płamki zostaje wyłączony z programu. W przypadku nawrotów obrzęku płamki u takiego pacjenta, może być on ponownie włączony do programu, zgodnie z kryteriami kwalifikacji. Pacjent w ramach programu może otrzymać maksymalnie 3 dawki deksametazonu do jednego oka. W przypadku utrzymującego się obrzęku bez wykładników zapalenia leczenie powinno być kontynuowane do łącznej dawki 3 podań do jednego oka. W przypadku nawrotu obrzęku płamki po 3 dawkach deksametazonu leczenie nie powinno być kontynuowane ze względu na brak skuteczności. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie w co najmniej jednym oku, w czasie co najmniej 6 tygodni od rozpoczęcia terapii adalimumabem lub w oku poddanym leczeniu po 4 miesiącach od rozpoczęcia terapii deksametazonem, co najmniej jednej z poniższych zmian: a) nowych aktywnych zmian zapalnych naczyńówki lub siatkówki lub naczyń siatkówki		Ocena skuteczności leczenia odbywa się z porównaniem do wartości uzyskanych przy kwalifikacji do programu. W celu oceny skuteczności leczenia wykonuje się badanie okulistyczne obejmujące: 1) ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) na tablicach Snellena lub ETDRS; 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 3) ocenę przedniego odcinka i dna oka; 4) ocenę płamki za pomocą optycznej koherentnej tomografii (OCT); 5) opcjonalnie angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – dla terapii deksametazonem. 2.2.1. Kryteria oceny skuteczności leczenia adalimumabem Ocena skuteczności leczenia odbywa się przed podaniem każdej kolejnej 5 dawki leku. Poprawa definiowana jest jako: 1) zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklistego, według kryteriów SUN: a) $0 \leq 2$ przy stanie początkowym większym lub równym 2; b) do poziomu 0 przy stanie początkowym mniejszym niż 2; lub 2) zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyńówki 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 szklanego: – 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 $\geq 10\%$ i $> 50 \mu\text{m}$ w stosunku do wartości przed pierwszym podaniem leku w programie (w centralnym polu OCT); 2) poprawa BCVA o co najmniej 1 linię na tablicach Snellena lub ETDRS. 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).
--	--	---

PROFILAKTYKA REAKTYWACJI WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW OTRZYMUJĄCYCH LECZENIE ZWIĄZANE Z RYZYKIEM REAKTYWACJI HBV (ICD-10 B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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.	Entekawir: 0,5 mg 1x dobę lub Tenofowir: 245 mg 1 x na dobę <i>Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</i>	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

Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy.		4. Monitorowanie programu 1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych. 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia. 3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.
--	--	---

LECZENIE CHORYCH Z PRZEWLEKŁĄ POKRZYWKĄ SPONTANICZNĄ (ICD-10: L50.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
1. Kryteria kwalifikacji - wiek ≥ 12. roku życia; - udokumentowana historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu; - ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami: - Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7 ≥ 28 oraz - jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI ≥ 10; - 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; - w przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia. 2. Kryteria wyłączenia - 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/Euro GuiDerm/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 - ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; - ocena nasilenia objawów pokrzywki: - Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7, - Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI; - morfologia krwi z rozmazem; - CRP; - TSH; - aminotransferaza alaninowa (ALAT); - kreatynina i mocznik w surowicy; - 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: - ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI); - dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych.

2) ciąża lub laktacja; 3) wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań do stosowania omalizumabu; 4) izolowany obrzęk naczynioruchowy; 5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych; 6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa; 7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi; 8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich. 3. Określenie czasu leczenia w programie Po upływie 24 tygodni (+/-14dni) leczenie omalizumabem zostaje 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.
---	--	---

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) <i>wandetanib</i>; 2) <i>selperkatynib</i>. 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 <i>wandetanibu</i> 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 <i>wandetanibu</i> wynosi: a) 300 mg na dobę. 2. Dawkowanie <i>selperkatynibu</i> Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL. Zalecana dawka <i>selperkatynibu</i> 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 <i>wandetanibu</i>.

5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami w aktualnej ChPL; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej ChPL; 7) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii; 8) ujemny wynik testu ciążowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym; 9) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji 1.2.1. Terapia <i>wandetanibem</i> 1) wiek powyżej 18 lat; 2) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu - konieczność udokumentowania progresji według RECIST w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia <i>wandetanibem</i>; 3) stan sprawności 0-2 według ECOG; 1.2.2. Terapia <i>selperkatynibem</i> 1) wiek co najmniej 12 lat; 2) niepowodzenie lub nietolerancja farmakoterapii systemowej z użyciem <i>wandetanibu</i> lub <i>kabozantynibu</i>; 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 <i>wandetanibem</i> 2.1.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia: 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG; 2) oznaczenie stężenia potasu, wapnia, magnezu w surowicy krwi. 2.1.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia: 1) oznaczenie AlAT i AspAT; 2) oznaczenie stężenia bilirubiny; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi; 5) oznaczanie stężenia kalcytoniny i CEA (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 6) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia); 7) badanie EKG z oceną QTc; 8) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane). 2.1.3. Badania wykonywane co 3 miesiące: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie AlAT i AspAT; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
---	--	--

4) dostępna zarchiwizowana próbka tkanki nowotworowej (z zastrzeżeniem jak w pkt. 3); 5) brak potwierdzonego dodatkowego (zatwierdzonego) czynnika onkogennego, który może powodować oporność na leczenie; 6) brak wcześniejszego leczenia selektywnym inhibitorem(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 <i>wandetanibem/selperkatynibem</i> 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 <i>wandetanibu</i>. 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 <i>selperkatynibem</i> 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 <i>selperkatynibu</i> i <i>wandetanibu</i>) lub do wartości 30 w skali Lansky'ego u pacjentów do 16. roku życia (dotyczy <i>selperkatynibu</i>); 5) cięża 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 <i>selperkatynibu</i> (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.
--	--	--

LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBAH 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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 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-glicynurii 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 długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2 Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub 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 średniolącuchowych 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 długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2 Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki. 1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniolącuchowych 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. 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 Ultraradkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultraradkich 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.	
---	--	--

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 - rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami <i>International Neuroblastoma Staging System</i> (INSS); - zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako: - 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/m²/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 - 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: - badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy), - ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy, - ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub badanie PET),

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 zbiorce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa $\geq 30\%$) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC $>60\%$), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SATO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC $>500/\mu\text{l}$; stabilna liczba płytek $>20.000/\mu\text{l}$ oraz Hb $>8.0 \text{ g/dl}$; 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 przeciwnowotworowego, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,
 - b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,
 - c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,

- 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów, a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia:
 - a) odpowiednia saturacja krwi (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem - >94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem,
 - b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq 500/\mu\text{l}$, liczba płytek krwi $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$, hemoglobina >8,0 g/dl, niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych,
 - c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,
 - d) odpowiednia czynność nerek;
- 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):
 - a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,
 - b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,
 - c) CRP: 1, 8 i 11 doba,
 - d) układ krzepnięcia: 1 doba,
 - e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2,
 - f) EKG w 1 i 11 dobie,
 - g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego

d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii, 2) wskazania do 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 <i>International Neuroblastoma Staging System</i> (INSS); 2) wiek ≥ 12 miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii; 3) stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka nieadekwatnej odpowiedzi na wstępne leczenie indukcyjne, u których przeprowadzono kolejną linię chemioterapii indukcyjnej i zastosowano co najmniej jedną terapię mieloablacyjną w dowolnym etapie leczenia wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, lub stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka progresji lub wznowy choroby, u których uzyskano co najmniej stabilizację choroby po kolejnej linii chemioterapii indukcyjnej i przeprowadzono co najmniej jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący, lub stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania, lub stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka;		b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy, c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub PET), d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja, e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężenia katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu; 2) ocena funkcji narządów: a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa $\geq 30\%$) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC $>60\%$), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC $>500/\mu\text{l}$; stabilna liczba płytek $>20.000/\mu\text{l}$ oraz Hb $>8.0 \text{ g/dl}$; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych, d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny, e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR, f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku, g) ocena słuchu,
---	--	--

- 4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie;
- 5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią;
- 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu);
- 7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV);
- 8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia;
- 9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.

Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.

B.2. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) rozległa przewlekła albo ostra 3 lub 4 stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD);
- 2) ciąża i karmienie piersią;
- 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu;
- 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami;
- 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia;
- 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC);

- h) badanie EEG,
- i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,
- j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w cyklach z interleukiną 2.

B.2. Monitorowanie leczenia

- 1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów; a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia:
 - a) odpowiednia saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym,
 - b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych $\geq 500/\mu\text{l}$, liczba płytek krwi $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$, hemoglobina >8,0 g/dl,
 - c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,
 - d) odpowiednia czynność nerek;
- 2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 1. dzień cyklu):
 - a) morfologia krwi: 1, 8 i 11 doba,
 - b) badania biochemiczne: 1, 8 i 11 doba,
 - c) CRP: 1, 8 i 11 doba,
 - d) układ krzepnięcia: 1 doba,

7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej. B.3. Określenie czasu leczenia według programu Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu. B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie 1) bezwzględne wskazania do przerywania immunoterapii: a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwnowotworowego, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego, b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, c) zespół przeziąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku, d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby, e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia, f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii. 2) wskazania do przerywania cyklu immunoterapii z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):		e) EKG w 8 i 11 dobie, f) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego; 3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca: a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych, b) ocena cytologiczna szpiku kostnego, c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH), d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET). C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych 1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy); 2) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia 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) kardi toksyczność ≥ 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 $\geq 30\%$) oraz EKG, b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC $>60\%$), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO₂) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%, c) funkcja szpiku 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”.
--	--	---

LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU PROCESU WZRASTANIA (ICD-10 E23.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Procesu Wzrastania powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji - objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH); - stężenie IGF-1 poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego; - potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie: - u osób dorosłych i u młodzieży po zakończonym procesie wzrastania (wiek kostny starszy niż 14 lat u dziewcząt i 16 lat u chłopców), zarówno nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult-onset GHD – AO-GHD), jak i leczonych w dzieciństwie z powodu GHD (childhood-onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanego GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu niedoboru co najmniej kortyzolu i L-tyroksyny),	1. Dawkowanie Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-1,0 mg.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia - ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji; - pomiar ciśnienia tętniczego krwi; - morfologia krwi z rozmazem; - ocena stężenia 25OHD oraz jonogramu surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca); - ocena stężenia IGF-1; - ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub wykonanie testu doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii; - ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; - ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384]; - oznaczenie stężenia TSH i FT4; - u osób nieprzyjmujących substytucji hormonalnej osi kortykotropowej - pomiar stężenia kortyzolu w godzinach

b) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzenia przyczyny organicznej i/lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstąpienie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-1; 4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności badania MR okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub badania TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynacyjny programu B.111 decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego; 2) ciężkie stany zagrażające życiu; 3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH; 4) utrzymujące się podwyższone stężenie IGF-1, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie); 5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia; 6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.		porannych, a w przypadku obniżonego wyniku - oznaczenie stężenia kortyzolu w teście stymulacyjnym po podaniu syntetycznego ACTH lub glukagonu. W przypadku osób przyjmujących substytucję hormonalną (prep. hydrocortisonum) - oznaczenie stężenia kortyzolu po 2 godzinach od przyjęcia porannej dawki leku; 11) u osób stosujących substytucję w zakresie hormonów płciowych oznaczenie poziomu estrogenów u kobiet; 12) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu; podstawowym testem powinien być test stymulacyjny z zastosowaniem insuliny podanej dożylnie, w przypadku przeciwwskazań do w/w testu lub konieczności wykonania dwóch testów należy wykonać test z glukagonem, L-DOPA lub z arginina; 13) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (badanie MR lub TK z kontrastem); 14) badanie USG jamy brzusznej; 15) wykonanie EKG, ewentualnie badanie USG serca; 16) badanie dna oka; 17) badanie gęstości mineralnej kości metodą DXA [odcinek lędźwiowy kręgosłupa oraz densytometria całego ciała (total body) z oceną składu ciała]; 18) u pacjentów < 18 rż. - ocena wieku kostnego na podstawie badania radiologicznego kośćca nadgarstka i ręki niedominującej. 19) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb. 2. Monitorowanie leczenia 1) po 4-6 tygodniach od rozpoczęcia terapii:
---	--	---

		a) pomiar stężenia IGF-1 w celu ustalenia dawki optymalnej (dalsze monitorowanie co 6 tygodni w przypadku zmiany dawki); 2) co 6 miesięcy: a) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji, b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi, c) ocena stężenia 25OHD oraz jonogramu w surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca), d) określenie odsetka HbA1c, e) ocena stężenia IGF-1, f) oznaczenie stężenia TSH i FT4, g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu, h) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL), i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb; 3) dodatkowo co 2 lata: a) badanie gęstości mineralnej kości metodą DXA [odcinek lędźwiowy kręgosłupa oraz densytometria całego ciała (total body) z oceną składu ciała]. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,
--	--	---

		z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

LECZENIE CHORYCH NA MUKOWISCYDOZĘ (ICD-10: E84)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się leczenie następującymi substancjami: 1) <i>iwakaftorem w monoterapii</i>, 2) <i>lumakaftorem/ iwakaftorem</i>, 3) <i>tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</i>, 4) <i>eleksakaftorem/ tezakaftorem/ iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Muszą zostać spełnione łącznie kryteria ogólne (1.1.) oraz kryteria szczegółowe (1.2.1. albo 1.2.2. albo 1.2.3. albo 1.2.4.) dla poszczególnych terapii. 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) potwierdzone rozpoznanie mukowiscydozy; 2) pisemna zgoda pacjenta lub opiekuna prawnego pacjenta na udział w programie; 3) zgoda na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy (pacjent powinien zostać	1. Dawkowanie 1.1. Iwakaftor w monoterapii 1.1.1. wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥ 7 kg do < 14 kg Granulat zawierający 50 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcz. 1.1.2. wiek 12 miesięcy i powyżej oraz masa ciała ≥ 14 kg do < 25 kg Granulat zawierający 75 mg co 12 godzin doustnie z posiłkiem zawierającym tłuszcz. 1.1.3. wiek 6 lat i powyżej oraz masa ciała ≥ 25 kg Dawka poranna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. Dawka wieczorna: Jedna tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. 1.2. Lumakaftor/ iwakaftor 1.2.1. wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała < 14 kg Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1.1. W okresie do 1 tygodnia przed rozpoczęciem leczenia: 1) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2) badanie kwestionariuszowe w kierunku depresji i lęku - wypełnienie formularza PHQ-9 oraz GAD-7: – samodzielnie przez pacjentów powyżej 12 r.ż., – przez jednego z opiekunów w przypadku pacjentów w wieku od 2 do 12 r.ż. 1.2. 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) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej; 5) oznaczanie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 6) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła;

włączony do rejestru mukowiscydozy nie później niż 12 miesięcy od włączenia do programu); 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia 1.2.1. pacjentów z mukowiscydozą iwakaftorem w monoterapii 1) wiek 12 miesięcy i powyżej; 2) potwierdzone wystąpienie jednej z poniżej wymienionych mutacji, w przynajmniej 1 allelu genu CFTR: mutacja bramkująca genu CFTR (klasy III): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N lub S549R. 1.2.2. pacjentów z mukowiscydożą lumakaftorem/iwakaftorem 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) potwierdzone wystąpienie mutacji F508del genu CFTR na obu allelach. 1.2.3. pacjentów z mukowiscydożą tezakaftorem/iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem 1) wiek 6 lat i powyżej; 2) homozygotyczność pod względem mutacji F508del lub heterozygotyczność pod względem mutacji F508del i obecność jednej z następujących mutacji genu CFTR: P67L, R117C, L206W,	Dawka wieczorna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 100 mg/ iwakaftor 125 mg. 1.2.2. wiek 2 do 5 lat oraz masa ciała ≥ 14 kg Dawka poranna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 150 mg/ iwakaftor 188 mg. Dawka wieczorna: 1 saszetka zawierająca lumakaftor 150 mg/ iwakaftor 188 mg. 1.3. Tezakaftor/ iwakaftor w skojarzeniu z iwakaftorem 1.3.1. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała < 30 kg Dawka poranna: 1 tabletka zawierająca 50 mg tezakaftoru/ 75 mg iwakaftoru. Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 75 mg iwakaftoru. 1.3.2. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała ≥ 30 kg Dawka poranna: 1 tabletka zawierająca 100 mg tezakaftoru/ 150 mg iwakaftoru. Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. 1.3.3. wiek ≥ 12 lat Dawka poranna: 1 tabletka zawierająca 100 mg tezakaftoru/ 150 mg iwakaftoru. Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. 1.4. Eleksakaftor/ tezakaftor/ iwakaftor w skojarzeniu z iwakaftorem	7) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż. 1.3. W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia: 1) badanie obrazowe klatki piersiowej. 2. Monitorowanie leczenia 1) badania wykonywane po 12 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia: a) kwestionariusz w kierunku depresji i lęku - wypełnienie formularza PHQ-9 oraz GAD-7: – samodzielnie przez pacjentów powyżej 12 r.ż., – przez jednego z opiekunów w przypadku pacjentów w wieku od 2 do 12 r.ż; 2) badania wykonywane po 24 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia: a) test potowy, b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu), c) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła; 3) badania wykonywane po 12, 24, 36 i 48 tygodniach (+/- 6 dni) po rozpoczęciu leczenia: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny; 4) badania wykonywane co 48 tygodni (+/- 14 dni), po 48 tygodniu od rozpoczęcia leczenia: a) test potowy,
--	---	---

R352Q, A455E, D579G, 711+3A→G, S945L, S977F, R1070W, D1152H, 2789+5G→A, 3272-26A→G i 3849+10kbC→T. 1.2.4. pacjentów z mukowiscydozą eleksakaftorem/ tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) co najmniej jedna mutacja F508del genu mukowiscydowego przezłożonowego regulatora przewodnictwa. 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 prowadzącego, doświadczonego w leczeniu mukowiscydozy, decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 3. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia w ocenie trzyosobowego konsylium lekarskiego; 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,	1.4.1. wiek 2 do < 6 lat oraz masa ciała 10 kg do <14 kg Dawka poranna: 1 saszetka granulatu zawierająca 60 mg iwakaftoru, 40 mg tezakaftoru i 80 mg eleksakaftoru. Dawka wieczorna: 1 saszetka granulatu zawierająca 59,5 mg iwakaftoru. 1.4.2. wiek 2 do < 6 lat oraz masa ciała ≥14 kg Dawka poranna: 1 saszetka granulatu zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru. Dawka wieczorna: 1 saszetka granulatu zawierająca 75 mg iwakaftoru. 1.4.3. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała < 30 kg Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 37,5 mg iwakaftoru, 25 mg tezakaftoru i 50 mg eleksakaftoru). Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 75 mg iwakaftoru. 1.4.4. wiek 6 do < 12 lat oraz masa ciała ≥ 30 kg Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru). Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru. 1.4.5. wiek 12 lat i powyżej Dawka poranna: 2 tabletki (każda zawierająca 75 mg iwakaftoru, 50 mg tezakaftoru i 100 mg eleksakaftoru). Dawka wieczorna: 1 tabletka zawierająca 150 mg iwakaftoru.	b) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu), c) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginowej oraz bilirubiny, e) konsultacja okulistyczna u pacjentów <18rż; 5) badania wykonywane na każdej wizycie: a) pomiar ciśnienia tętniczego na każdej wizycie kontrolnej – dotyczy wyłącznie leczenia lumakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem. b) pomiar masy i wysokości ciała oraz wskaźnika BMI z oceną wartości centylowych. Po każdych 48 tygodniach leczenia powyższymi terapiami należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności w odniesieniu do parametrów zmierzonych przed rozpoczęciem leczenia. 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. <u>Wskaźniki efektywności mierzone po każdych 48 tygodniach leczenia (+/- 14 dni):</u> 1) ocena funkcji płuc na podstawie badań spirometrycznych, u chorych u których rozwój psychofizyczny i stan kliniczny gwarantuje
--	---	---

można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego); 4) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha) – dotyczy wyłącznie terapii eleksakaftorem/tezakaftorem /iwakaftorem w skojarzeniu z iwakaftorem; 5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 6) okres ciąży lub planowania ciąży lub karmienia piersią (wyłączenie czasowe, na okres trwania ciąży, planowania ciąży i karmienia piersią), (zalecenie wynika z braku wystarczających danych bezpieczeństwa; stosowanie jest możliwe, o ile lekarz prowadzący i pacjentka wyrażą na to zgodę); 7) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 8) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 9) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 10) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych oraz w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy; 11) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.	2. Modyfikacja dawkowania Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego odpowiedniego leku.	prawidłowe przeprowadzenie odpowiedniego testu (np. FEV1, FVC, MMEF lub LCI 2,5%); 2) stężenie jonów chloru w pocie; 3) liczba hospitalizacji; 4) liczba zaostrzeń oskrzelowo-płucnych (leczonych dożylnie antybiotykami). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ; 4) Obecność lub zarejestrowanie w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia leczenia pacjenta w polskiej części Europejskiego Rejestru Mukowiscydozy oraz rzetelne i terminowe wprowadzanie danych wymaganych przez protokół Rejestru.
---	---	--

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAМИ NEREK (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>ketoanalogami aminokwasów</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) przewlekła choroba nerek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO; 2) brak rozpoczętego leczenia nerkozastępczego, przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego; 3) brak cech niedożywienia – uzyskana ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>); 4) spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg m.c./dobę – udokumentowane za pomocą wywiadu dietetycznego; 5) brak udokumentowanych zaburzeń metabolizmu aminokwasów; 6) wykluczenie hiperkalcemii; 7) wykluczenie istotnych chorób towarzyszących (złe kontrolowana cukrzyca – HbA1c.>7,5%, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit);	1. Dawkowanie Zalecana dawka leku Ketosteril wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania i zwiększania dawki leku prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego leku Ketosteril. Od momentu włączenia do programu lekowego chory powinien stosować dietę, w której spożycie białka wynosi od 0,4 g/kg m.c./dobę do 0,8 g/kg m.c./dobę.	1. Badania przy kwalifikacji do programu 1) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi i eGFR; 2) oznaczenie stężenia mocznika i kwasu moczowego w surowicy krwi; 3) oznaczenie stężenia wapnia, sodu i potasu w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia hemoglobiny glikowanej (HbA1c); 5) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 6) ocena dobowego spożycia białka w wywiadzie dietetycznym. 2. Monitorowanie leczenia Co miesiąc, przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie co 3 miesiące: 1) ocena dobowego spożycia białka w wywiadzie dietetycznym; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi i eGFR; 3) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi. Po każdym roku leczenia <i>ketoanalogami aminokwasów</i> należy dokonać oceny skuteczności leczenia w oparciu o niżej wymienione wskaźniki efektywności. <u>Wskaźniki efektywności:</u>

8) wiek 18 lat i powyżej; 9) nieobecność innych istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazania do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego (ChPL) i aktualną wiedzę medyczną. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, z wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu określenia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: 1) rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego; 2) wystąpienie nietolerancji leczenia bądź objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO; 4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka		1) hamowanie progresji choroby na podstawie eGFR i stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 2) ocena stopnia odżywienia według skali SGA; 3) stężenie elektrolitów w surowicy krwi; 4) stężenie mocznika i kwasu moczowego w surowicy krwi. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości do poziomu 0,8 g/kg m.c./dobę; 5) nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, dotyczących okresowych badań kontrolnych; 6) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>) bądź anoreksji.		
--	--	--

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 chorym na ostrą białaczkę szpikową udostępnia się poniższe terapie, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami: 1) w 1. linii leczenia: a) leczenie <i>midostauryną</i> w skojarzeniu z <i>daunorubicyną</i> i <i>cytarabiną</i> (pacjenci z mutacją <i>FLT3</i>), albo b) leczenie <i>gemtuzumabem</i> <i>ozogamycyny</i> w skojarzeniu z <i>daunorubicyną</i> i <i>cytarabiną</i> (bez względu na status mutacji <i>FLT3</i>), albo c) leczenie <i>wenetoklaksem</i> w skojarzeniu z <i>azacytydyną</i> (bez względu na status mutacji <i>FLT3</i>), albo d) leczenie <i>iwosydenibem</i> w skojarzeniu z <i>azacytydyną</i> (pacjenci z mutacją <i>IDH1</i>); 2) w leczeniu podtrzymującym po terapii indukującej albo indukującej i konsolidującej u chorych na ostrą białaczkę szpikową: a) leczenie <i>azacytydyną</i> doustną w monoterapii; 3) w 2. i kolejnych liniach leczenia: a) leczenie <i>gilterytynibem</i> w monoterapii (pacjenci z mutacją <i>FLT3</i>).	1. Dawkowanie leków w terapii 1.1. <i>midostauryną</i> w skojarzeniu z <i>daunorubicyną</i> i <i>cytarabiną</i> 1.1.1. Leczenie indukujące <u>Pierwszy cykl:</u> <i>Midostauryna</i> – zalecana dawka 50 mg doustnie dwa razy na dobę od 8. do 21. dnia cyklu. <i>Daunorubicyna</i> – dawka 60 mg/m² pc./dobę podawana w infuzji dożyłnej w okresie od 1. do 3. dnia cyklu. <i>Cytarabina</i> – dawka 100-200 mg/m² pc./dobę podawana w ciągłej infuzji dożyłnej 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 <i>midostauryną</i> (dawkowanie 2-go cyklu takie samo jak dla pierwszego cyklu lub z wyższymi dawkami <i>cytarabiny</i>).	1. Badania przy kwalifikacji 1.1. Badania przy kwalifikacji do 1. linii leczenia oraz do 2. 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 <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]) – w przypadku terapii <i>midostauryną</i> w skojarzeniu z <i>daunorubicyną</i> i <i>cytarabiną</i> oraz <i>gilterytynibem</i> w monoterapii. U chorych z opornością na leczenie, którzy kwalifikowani są do leczenia <i>gilterytynibem</i> możliwe jest uwzględnienie badania immunofenotypowego i badania mutacji <i>FLT3</i> wykonanych przed rozpoczęciem leczenia indukującego),

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) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 2) brak nadwrażliwości na którykolwiek lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku; 3) stan sprawności według ECOG: 0-2, jeśli ECOG 2 wynika z aktywności ostrej białaczki przed rozpoczęciem leczenia 1. linii (za wyjątkiem kwalifikacji do terapii <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i> – pkt. 1.2.3.4.b oraz za wyjątkiem kwalifikacji do terapii <i>iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną</i> – pkt 1.2.4.5.b); 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 5) zgoda pacjenta na stosowanie skutecznych metod zapobiegania ciąży w trakcie terapii oraz po zakończeniu leczenia zgodnie z informacjami zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego; 6) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń; 7) brak zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie, aktualne Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne ekspertów European LeukemiaNet; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii	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/m² (500-1000 mg/m², jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinny wlew dożylny, co 12 godzin w dniu 1., 2. i 3. lub w dniach 1., 3. i 5. każdego cyklu. 1.2. <i>gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i> 1.2.1. Leczenie indukujące <u>Pierwszy cykl:</u> Gemtuzumab ozogamycyny – zalecana dawka 3 mg/m² pc./dawkę (maksymalnie 1 fiołka 5 mg) podawana w infuzji w 1., 4. i 7. dniu. Gemtuzumab może być również stosowany w jednorazowym podaniu tylko w dniu 1. cyklu indukującego zgodnie z zaleceniami European LeukemiaNet. Daunorubicyna – dawka 60 mg/m² pc./dobę podawana w infuzji dożylnej w okresie od 1. do 3. dnia. Cytarabina – dawka 100-200 mg/m² 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 <i>gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i>, c) potwierdzające obecność mutacji R132 w genie <i>IDH1</i> – w przypadku terapii <i>iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną</i>; 2) ocena stanu ogólnego (ECOG); 3) ocena chorób współistniejących (HCT-CI); 4) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia sodu, f) oznaczenie stężenia potasu, g) oznaczenie stężenia wapnia, h) oznaczenie stężenia glukozy we krwi, i) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, j) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), k) oznaczenie APTT, l) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) lub INR,
--	--	---

1.2.1. midostauryng w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa; 3) udokumentowana obecność mutacji genu <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]); 4) kwalifikowanie się pacjenta do intensywnej chemioterapii indukującej. 1.2.2. gemtuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) wiek 15 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa występująca <i>de novo</i> 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 <i>de novo</i> lub wtórna, zdiagnozowana w oparciu o obowiązujące kryteria WHO;	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/m² pc./dobę podawana w okresie od 1. do 2. dnia cyklu. Cytarabina – dawka 1000 mg/m² pc. (500-1000 mg/m², jeśli chory ≥60 lat) podawana w 3-godzinny wlew dożylny, 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/m² pc./dawkę (maksymalnie 1 fiołka 5 mg) podawana w 1. dniu cyklu (maksymalnie do dwóch cykli). Pośrednie dawki cytarabiny – 1000-1500 mg/m² (500-1000 mg/m², jeśli chory ≥60 lat), w 3-godzinny wlew dożylny, 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.	m) oznaczenie stężenia fibrynogenu, n) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 5) elektrokardiografia (EKG); 6) ECHO serca (do decyzji lekarza); 7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza); 8) punkcja łędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN); 9) dodatkowo w przypadku terapii wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną: a) oznaczenie eGFR, b) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb); 10) dodatkowo w przypadku terapii gilterytynibem w monoterapii: a) oznaczenie stężenia magnezu, b) oznaczenie kinazy fosfokreatynowej, c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej (ALP). 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).
--	---	--

3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego, np. hydroksymocznikiem, przygotowującego pacjenta do leczenia <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i>); 4) niekwalifikowanie się do standardowej chemioterapii indukującej, definiowane jako: a) wiek 75 lat i powyżej, lub 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 $\leq 50\%$ lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa, – zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO $\leq 65\%$ lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 $\leq 65\%$, – klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min, – umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny $>1,5$ do ≤ 3 ULN, – jakiegokolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii dające w skali indeksu chorób współistniejących (HCT-CI) ≥ 3 punktów lub w skali oceny podstawowych czynności życia codziennego (ADL) <6 punktów. 1.2.4. iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) nowo rozpoznana ostra białaczka szpikowa; 3) brak wcześniejszego leczenia ostrej białaczki szpikowej (za wyjątkiem leczenia cytoredukcyjnego, np. hydroksymocznikiem, przygotowującego pacjenta do leczenia);	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/m² pc. podawana podskórnie lub dożylnie w dniach od 1-7 każdego 28-dniowego cyklu, począwszy od 1. dnia pierwszego cyklu. 1.4. iwosydenib w skojarzeniu z azacytydyną Każdy cykl trwa 28 dni. Iwosydenib – zalecana dawka wynosi 500 mg (2 tabletki po 250 mg) podawana doustnie 1 raz na dobę. Leczenie iwosydenibem należy rozpocząć w dniu 1. cyklu 1. w skojarzeniu z azacytydyną. Azacytydyna – dawka 75 mg/m² pc. podawana podskórnie lub dożylnie 1 raz na dobę w dniach od 1. do 7. dnia każdego cyklu. 1.5. 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,	2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności 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) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia sodu, c) oznaczenie stężenia potasu, d) oznaczenie stężenia wapnia, e) oznaczenie stężenia glukozy we krwi, f) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, g) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), h) oznaczenie APTT, i) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);
---	--	---

4) udokumentowana obecność mutacji R132 w genie kodującym dehydrogenazę izocytrynianu 1 (<i>IDH1</i>); 5) niekwalifikowanie się do standardowej chemioterapii indukującej, definiowane jako: a) wiek 75 lat i powyżej, lub 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 $\leq 50\%$ lub przewlekła, stabilna dławica piersiowa, – zdolność dyfuzji gazów w płucach - DLCO $\leq 65\%$ lub pierwszosekundowa natężona pojemność wydechowa - FEV1 $\leq 65\%$, – klirens kreatyniny ≥ 30 ml/min do <45 ml/min, – umiarkowane zaburzenia czynności wątroby ze stężeniem bilirubiny $>1,5$ do ≤ 3 ULN, – jakiegokolwiek inne schorzenie uniemożliwiające zastosowanie intensywnej chemioterapii w ocenie lekarza prowadzącego. 1.2.5. 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. 1.2.6. gilterytynibem w monoterapii	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. 1.6. gilterytynibem w monoterapii Gilterytynib – zalecana dawka początkowa 120 mg podawana doustnie raz na dobę. 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.	4) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta – elektrokardiografia (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) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie APTT, d) oznaczenie czasu protrombinowego (PT) lub INR; 3) przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta – elektrokardiografia (EKG); 2.3. wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną 1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 1 cyklu, a w przypadku braku całkowitej remisji, ponowna biopsja po 2. cyklu, a następnie co 2 kolejne
--	--	---

1) wiek 18 lat i powyżej; 2) ostra białaczka szpikowa ze stwierdzoną: a) opornością na leczenie (brak całkowitej remisji lub całkowitej remisji z niepełną regeneracją hematologiczną po co najmniej jednym cyklu terapii indukującej), lub b) nawrotem po leczeniu ostrej białaczki szpikowej - wymagane potwierdzenie w nawrocie obecności mutacji <i>FLT3</i>, tj. <i>FLT3-ITD</i>, <i>FLT3-TKD/D835</i> lub <i>FLT3-TKD/I836</i> z materiału ze szpiku kostnego lub krwi lub ogniska pozaszpikowego. W przypadku oporności choroby nie ma konieczności powtarzania badania mutacji <i>FLT3</i>. 1.3. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż w przypadku terapii: 2.1. midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną 1) leczenie indukujące – to maksymalnie dwa cykle 28-dniowe (jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego w połączeniu z midostauryną);		cykle aż do uzyskania całkowitej remisji. Po uzyskaniu całkowitej remisji kontrola hematologiczna zgodnie ze schematem monitorowania leczenia, a kolejna biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia progresji; 2) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu oraz przez okres dostosowania dawki: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia potasu, e) oznaczenie stężenia fosforanów, f) oznaczenie stężenia wapnia, g) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 3) po okresie dostosowywania dawki, przed każdym cyklem: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia potasu, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 2.4. iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną
--	--	---

2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach indukujących, kontynuacja leczenia w postaci leczenia konsolidującego – od 3 do 4 cykli leczenia po 28 dni każdy. U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie midostauryną należy przerwać 48 godzin przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT. 2.2. <i>gentuzumabem ozogamycyny w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i> 1) leczenie indukujące – to jeden cykl leczenia indukującego z zastosowaniem gentuzumabu ozogamycyny; jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi European LeukemiaNet możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego, ale bez gentuzumabu 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 gentuzumabem ozogamycyny), u chorych z potwierdzonymi cytogenetycznie korzystnymi lub pośrednimi czynnikami rokowniczymi. Do rozważenia pominięcie gentuzumabu w cyklu/cyklach konsolidujących celem zmniejszenia ryzyka choroby wenookluzyjnej wątroby (VOD), jeśli planowane jest przeszczepienie allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych. 2.3. <i>wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną</i> 1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności. 2.4. <i>iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną</i>		1) biopsja aspiracyjna szpiku w celu oceny odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach (± 1 cykl) i po 6 cyklach (± 1 cykl) oraz zawsze w przypadku podejrzenia progresji lub decyzji lekarza prowadzącego; 2) co najmniej 1 raz w tygodniu w pierwszym miesiącu leczenia, raz na 2 tygodnie w drugim miesiącu leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczanie stężenia potasu w surowicy krwi, d) oznaczanie stężenia magnezu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, f) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) co najmniej 1 raz w tygodniu przez pierwsze 3 tygodnie leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego cyklu, oraz dodatkowo w razie wskazań klinicznych – elektrokardiografia (EKG); 2.5. <i>azacytydyną doustną w monoterapii</i> 1) biopsja aspiracyjna szpiku w przypadku podejrzenia nawrotu/progresji choroby lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi;
--	--	---

- 1) do wystąpienia progresji choroby lub niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

2.5. gilterytynibem w monoterapii

- 1) leczenie powinno być prowadzone do czasu, kiedy pacjent odnosi korzyści kliniczne z leczenia gilterytynibem lub do momentu wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności. Odpowiedź na leczenie może być opóźniona, dlatego należy rozważyć kontynuowanie stosowania zalecanej dawki do 6 miesięcy, aby zapewnić czas na odpowiedź kliniczną (bez progresji choroby). U pacjentów będących biorcami allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. allogeneic hematopoietic stem cell transplant – allo-HSCT) leczenie gilterytynibem należy przerwać na jeden tydzień przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego allo-HSCT.

Kontynuacja leczenia gilterytynibem (tzw. terapia podtrzymująca) u pacjentów po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) nie jest możliwa w ramach programu lekowego.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności terapii definiowany jako:
 - a) brak uzyskania całkowitej remisji choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po maksymalnie dwóch cyklach leczenia indukującego (brak skuteczności terapii) albo progresja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet w trakcie stosowania terapii konsolidującej – w przypadku terapii *midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną* albo *gemtuzumabem ozogamycyną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną*,
 - b) progresja choroby w trakcie leczenia – w przypadku terapii *wenetoklaksem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *iwosydenibem w skojarzeniu z azacytydyną* lub *gilterytynibem w monoterapii* (pomimo zwiększenia dawki gilterytynibu);

- 2) morfologia krwi z rozmazem – co drugi tydzień przez pierwsze 2 cykle leczenia (56 dni), a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia.

W przypadku modyfikacji dawki leku konieczne dodatkowe monitorowanie morfologii co drugi tydzień przez następne 2 cykle leczenia, a następnie przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu leczenia lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi.

2.6. gilterytynibem w monoterapii

- 1) biopsja aspiracyjna szpiku lub trepanobiopsja szpiku w przypadku suchej biopsji aspiracyjnej w pierwszym tygodniu 2. miesiąca, a następnie po 6 miesiącach leczenia;
- 2) w 3. tygodniu podawania leku, a następnie raz w miesiącu:
 - a) morfologia krwi z rozmazem,
 - b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - c) oznaczenie stężenia potasu,
 - d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi,
 - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - f) oznaczenie stężenia magnezu,
 - g) oznaczenie kinazy fosfokreatynowej,

c) progresja choroby w trakcie leczenia (tj. ponad 15% blastów we krwi obwodowej lub szpiku kostnym) – w przypadku terapii <i>azacytydyną doustną w monoterapii</i>; 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; 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; 7) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia allogenicznego krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) – w przypadku terapii <i>midostauryną w skojarzeniu z daunorubicyną i cytarabiną</i> lub <i>gilterytynibem w monoterapii</i>.		h) oznaczenie fosfatazy alkalicznej (ALP); 3) w 2. i 3. tygodniu po rozpoczęciu leczenia oraz przed rozpoczęciem lub w pierwszym tygodniu każdego z trzech kolejnych miesięcy leczenia – elektrokardiografia (EKG). Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania pacjenta 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 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), w tym CRh (CR z częściową odnową hematopoezy) i CRi (CR z niepełną odnową hematopoezy), b) częściowa odpowiedź (PR), c) choroba stabilna (SD), d) brak odpowiedzi (NR), e) progresja choroby (PD), f) przeżycie bez progresji choroby (PFS), g) przeżycie wolne od zdarzeń (EFS) tj. niepowodzenia leczenia, nawrotu po remisji lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny, w zależności od tego, co nastąpiło wcześniej – jedynie dla terapii <i>iwosydenib w skojarzeniu z azacytydyną</i>; 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.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANE POSTACIE MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego dorosłym chorym na zaawansowane postacie mastocytozy układowej udostępnia się poniższe terapie, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami</u>: 1) w 1. lub kolejnych liniach leczenia – <i>midostauryną</i>; 2) w 2. lub kolejnych liniach leczenia – <i>awaprytynibem</i>. 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) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. <i>aggressive systemic mastocytosis</i> – ASM), mastocytoza układowa ze współistniejącym nowotworem układu mieloidalnego lub chłonnego (ang. <i>systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm</i> – SM-AHN) lub białaczka mastocytowa (ang. <i>mast cell leukemia</i> – MCL) – zgodnie z aktualnymi kryteriami WHO (<i>World Health Organization</i>); 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) obecność co najmniej jednego z poniższych objawów wynikających z nacieku komórkami tłuszczowymi: a) neutropenia $<1 \times 10^9/L$ lub niedokrwistość $<10 \text{ g/dL}$ lub małopłytkowość $<100 \times 10^9/L$,	1. Dawkowanie 1.1. <i>midostauryna</i> Zalecana dawka <i>midostauryny</i> wynosi 100 mg podawana doustnie dwa razy na dobę (co odpowiada całkowitej dawce dobowej 200 mg). Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić około 12 godzin. <i>Midostaurynę</i> podaje się w 28-dniowych cyklach. 1.2. <i>awaprytynib</i> Zalecana dawka <i>awaprytynibu</i> wynosi 200 mg podawana doustnie raz na dobę. <i>Awaprytynib</i> podaje się w 28-dniowych cyklach. 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.	1. Badania przy kwalifikacji 1) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem immunofenotypowym w kierunku obecności klonalnych komórek tłuszczowych (CD2, CD25, CD117, ewentualnie CD30); 2) badanie molekularne w kierunku obecności mutacji D816V lub mutacji w innych krytycznych regionach w genie <i>KIT</i>; 3) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę; 4) ocena stanu ogólnego według skali ECOG; 5) badania laboratoryjne: a) morfologia krwi z rozmazem, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy krwi, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi, g) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, h) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, i) oznaczenie stężenia glukozy we krwi, j) oznaczenie stężenia albumin,

b) powiększona wątroba z wodobrzuszem lub zwiększoną aktywnością transaminaz lub nadciśnieniem wrotnym, c) splenomegalia z hipersplenizmem, d) zaburzenia wchłaniania z hipoalbuminemią i ewentualną utratą wagi ciała, e) rozległe zmiany osteolityczne (≥ 2 cm) lub patologiczne złamania kości; 4) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii – <i>midostauryna</i> 1) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 2) brak wcześniejszego leczenia ogólnoustrojowego ASM, SM-AHN lub MCL lub po zastosowaniu wcześniejszego leczenia ogólnoustrojowego; 3) nieobecność objawowej zastoinowej niewydolności serca. 1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii – <i>awaprytynib</i>		k) oznaczenie APTT, l) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), m) oznaczenie stężenia fibrynogenu, n) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi, o) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 6) elektrokardiografia (EKG); 7) ECHO serca – w przypadku wywiadu kardiologicznego lub zmian w EKG. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem: a) wykonywana przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych – w przypadku terapii <i>midostauryną</i>, b) wykonywana co 2 tygodnie przez pierwsze 8 tygodni terapii, a następnie co 2-4 tygodnie zgodnie z zapisami w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego – w przypadku terapii <i>awaprytynibem</i>; 2) badania wykonywane przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi, e) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi, f) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy krwi, g) oznaczenie stężenia glukozy we krwi,
---	--	---

1) stan sprawności 0-3 według skali ECOG; 2) stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia ogólnoustrojowego ASM, SM-AHN lub MCL; 3) liczba płytek krwi $\geq 50 \times 10^9/L$. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. Pacjenci dotychczas zakwalifikowani do programu lekowego zgodnie z rozpoznaniem według klasyfikacji ICD-10: D47.9 mogą kontynuować leczenie w programie lekowym do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności terapii definiowany jako: a) brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii według zmodyfikowanych kryteriów Valenta – w przypadku terapii <i>midostauryną</i>, lub		h) oznaczenie APTT, i) oznaczenie czasu protrombinowego (PT), 3) elektrokardiografia (EKG) – w uzasadnionych przypadkach. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 3.1. w przypadku ASM i SM-AHN: 1) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku wraz z oceną immunofenotypową – badanie wykonywane po 3. cyklu leczenia, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 cykli; 2) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi – badanie wykonywane po 3. cyklu leczenia, a następnie co 3 cykle. 3.2. w przypadku MCL: 1) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku wraz z oceną immunofenotypową – badanie wykonywane po 1. cyklu leczenia, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 cykli; 2) oznaczenie stężenia tryptazy w surowicy krwi – badanie wykonywane po każdym cyklu leczenia przez pierwsze 6 cykli, a następnie co każde kolejne 3 cykle. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
--	--	--

b) progresja choroby w trakcie leczenia według zmodyfikowanych kryteriów IWG-MRT-ECNM (<i>modified International Working Group-Myeloproliferative Neoplasms Research and Treatment & European Competence Network on Mastocytosis</i>) – w przypadku terapii <i>midostauryną</i> lub <i>awaprytynibem</i>; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) okres ciąży lub karmienia piersią; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 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.		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) poprawa kliniczna (CI), d) choroba stabilna (SD), 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.
--	--	--

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 Produktu 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 $\geq 9 \text{ g/dl}$, e) stężenie bilirubiny całkowitej $\leq 1,5 \times \text{GGN}$ (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa f) aktywność AST/ALT $\leq 2,5 \times \text{GGN}$ u chorych bez przerzutów do wątroby i $\leq 5 \times \text{GGN}$ u chorych z przerzutami 13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym; 14) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii są kwalifikowani również pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie awelumabem przed dniem wejścia w życie programu lekowego i spełniają łącznie następujące kryteria:		2. Monitorowanie leczenia 1) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI po 6-8 tygodniach leczenia, a następnie nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych; 2) badania laboratoryjne co 2-6 tygodni: a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek, b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4, 3) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie programu 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

- leczenie zostało włączone zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego i powyższe znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta,
- nie podlegają kryteriom uniemożliwiającym włączenie do programu.

–

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerywane.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Progresja choroby z wyjątkiem pacjentów, u których wystąpi radiologiczna progresja choroby niezwiązana z ciężkim pogorszeniem stanu klinicznego, definiowanym jako wystąpienie nowych objawów lub pogorszenie obecnie występujących, u których nie obserwuje się zmiany w stopniu sprawności przez okres dłuższy niż dwa tygodnie i u których nie ma konieczności zastosowania leczenia ratującego życie;
- 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;
- 3) Działania niepożądane związane z leczeniem prowadzące do przerwania leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA CUSHINGA (ICD-10: E24.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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 wydalenie 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 wydalanania 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 żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, kreatyniny i GFR; 8) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz stężenie bilirubiny całkowitej; 9) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);

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

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) zespół Cushinga w wyniku ektopowego wydzielania ACTH;
- 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;
- 3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 3.1. *Schematu dawkowania*;
- 4) objawowa kamica żółciowa;
- 5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg. skali Child-Pugh);
- 6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górną granicę normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;
- 7) niewyrównana niedoczynność tarczycy;
- 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako: stężenie wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu nie przekraczające górnej granicy normy laboratoryjnej lub zmniejszenie stężenia wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu o co najmniej 50% względem wartości wyjściowej - po co najmniej 6 miesiącach leczenia pasywnym w najwyższej tolerowanej dawce;

10) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

2. Monitorowanie leczenia

Należy ocenić korzyści kliniczne u pacjenta po pierwszym miesiącu leczenia, a następnie oceniać je okresowo.

- 1) ocena wydalania wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);
- 2) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu i kortyzolu w surowicy krwi (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);
- 3) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego układu podwzgórzowo-przysadkowego. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie to należy wykonywać co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w przypadku pojawienia się nowych ubytków w polu widzenia lub innych wskazań klinicznych;
- 4) oznaczanie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo lub samokontrola stężenia glukozy z zastosowaniem glukometru – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4 tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 miesiącach od zakończenia leczenia;

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 częstotnością 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 makrogruczołków 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.
--	--	--

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
W programie finansuje się leczenie zróżnicowanego raka tarczycy <i>kabozantynibem</i> (druga linia leczenia) zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Spełnione muszą zostać łącznie ogólne kryteria kwalifikacji (1.1.) oraz szczegółowe kryteria kwalifikacji (1.2.). 1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji 1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) wiek powyżej 18 roku życia; 3) zmiany nowotworowe możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą tomografii komputerowej (KT) lub rezonansu magnetycznego (MR) według klasyfikacji RECIST; 4) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy); 5) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych niekontrolowanych leczeniem;	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. Kabozantynib <i>Kabozantynib</i> jest stosowany w dobowej dawce 60 mg bez przerw.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia kabozantynibem 1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowatego, pęcherzykowego lub onkocytarnego; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 4) oznaczenie stężenia: a) bilirubiny – w surowicy, b) kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT) oraz fosfatazy alkalicznej; 6) oznaczenie białka w moczu; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 8) scyntygrafia kości; 9) MR lub KT jamy brzusznej i miednicy; 10) RTG lub KT klatki piersiowej; 11) elektrokardiogram (EKG); 12) pomiar ciśnienia tętniczego; 13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 8) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii. 1.2. Terapia kabozantynibem 1) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy (udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytywanej jodu lub progresji pomimo wychwyty jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii, u pacjentów, u których stwierdzono progresję choroby w czasie poprzedniego leczenia systemowego lub po jego zakończeniu; 2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitora kinaz tyrozynowych; 3) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni <i>kabozantynibem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji (ogólne i szczegółowe) do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie		2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia kabozantynibem 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie w surowicy krwi stężenia: a) bilirubiny, b) kreatyniny, c) transaminaz (AspAT, AlAT), d) wapnia, e) TSH; 3) oznaczenie białka w moczu; 4) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 5) EKG; 6) KT lub MR odpowiedniego obszaru ciała; 7) inne badania w razie wskazań klinicznych. Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się co 4 tygodnie. Badania obrazowe (monitorowanie skuteczności leczenia) wykonuje się nie rzadziej niż co 12 tygodni, a w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych. Ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby. 1. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich
--	--	--

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku; 2) w przypadku oligoprogresji (oligoprogresja definiowana jako sytuacja kliniczna, w której nastąpiła progresja ograniczonej liczby miejsc nowotworu z przerzutami ≤ 5, włączając w to progresję w OUN - do oceny przez lekarza prowadzącego) istnieje możliwość kontynuowania leczenia po zastosowaniu skutecznego leczenia miejscowego, o ile pacjent odnosi korzyści kliniczne i utrzymuje się odpowiedź lub stabilizacja pozostałych zmian chorobowych; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 4) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO; 5) pogorszenie stanu sprawności o 1 lub 2 stopnie, w zależności od wartości przy kwalifikacji, ale maksymalnie do wartości 2 wg ECOG; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA (ICD-10: G73.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych 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) AIAT; 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.
--	--	--

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 Ultraradkich - 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 6 ataków 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 kontrolą choroby (brak objawów HAE przez więcej niż 6 miesięcy), w szczególności u tych z małą masą ciała, należy rozważyć redukcję dawki do 300 mg co 4 tygodnie. 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),

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.	b) aminotransferazy alaninowej (AlAT), 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, b) konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego.
--	--	--

		Dane gromadzone są w systemie elektronicznym i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym rejestrze dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ - w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 2 (częstość występowania ataków, konieczność wdrożenia leczenia ratunkowego), z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

Załącznik B.123.

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA WILSONA (ICD-10: E83.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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 <i>D-penicylaminą</i> i <i>siarczanem cynku</i>; 4) w postaci wątrobowej lub mieszanej z cechami istotnego uszkodzenia wątroby (hepato i/lub splenomegalia i/lub wydłużenie INR i/lub znaczny wzrost ALT i /lub cholestaza) stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i>. 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.	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.	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 wydalenie miedzi z moczem; 7) czas protrombinowy (PT); 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR); 9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT); 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia; 11) USG wątroby; 12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kaysera-Fleischera. 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:

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 wydalenie 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.
--	--	--

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) <i>dupilumabem</i>, 2) <i>upadacytinibem</i>, 3) <i>baricytinibem</i>, 4) <i>tralokinumabem</i>, 5) <i>abrocycytynibem</i>, 6) <i>lebrykizumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wieku a) wiek 6 miesięcy i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii <i>dupilumabem</i>, - albo b) wiek 12 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii <i>upadacytinibem</i> albo <i>tralokinumabem</i> albo <i>lebrykizumabem</i>,	1. Dawkowanie 1) <i>dupilumab</i> maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg (dwa wstrzyknięcia po 300 mg), a następnie dawka 300 mg co dwa tygodnie, podawane we wstrzyknięciach podskórnych; 2) <i>upadacytinib</i> maksymalna dawka wynosi 30 mg raz na dobę; 3) <i>baricytinib</i> maksymalna dawka wynosi 4 mg raz na dobę; 4) <i>tralokinumab</i> maksymalna dawka to dawka początkowa 600 mg, a następnie dawka 300 mg podawana co dwa tygodnie drogą wstrzyknięcia podskórnego; 5) <i>abrocycytynib</i> maksymalna dawka wynosi 200 mg raz na dobę; 6) <i>lebrykizumab</i> maksymalna dawka wynosi 500 mg zarówno w tygodniu 0. jak i tygodniu 2., a następnie 250 mg podawane podskórnym co dwa tygodnie, do tygodnia 16. Stan niektórych pacjentów z początkową częściową odpowiedzią na leczenie może się dodatkowo poprawić	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 <i>upadacytinibem</i> albo <i>baricytinibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>; 3) badania wirusologiczne w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytinibem</i> albo <i>baricytinibem</i> albo <i>abrocycytynibem</i>: a) obecność antygenu HBs, b) przeciwciała anty-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową,

albo c) wiek 18 lat i powyżej- w przypadku kwalifikacji do terapii <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocytynibem</i>; 2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (EASI$\geq$20) u pacjentów, którzy stosują miejscowo emolienty i kortykosteroidy i kwalifikują się do leczenia ogólnego oraz, w przypadku osób powyżej 6 r.ż., u których leczenie ogólne lub fototerapia nie były skuteczne, a w przypadku osób powyżej 12 r.ż. spełniają jedno z poniższych kryteriów: a) u osób pomiędzy 12 a 18 r.ż.: – niepowodzenie immunosupresyjnej terapii ogólnej lub – przeciwwskazania 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 <i>cyklosporyną</i>, lub – przeciwwskazania do stosowania <i>cyklosporyny</i>, które uniemożliwiają jej zastosowanie, lub – wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia <i>cyklosporyną</i>; 3) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Lekczniczego (zwanej dalej ChPL) leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym;	dzięki kontynuacji leczenia co drugi tydzień, do tygodnia 24. Po uzyskaniu odpowiedzi klinicznej zalecana dawka podtrzymująca lebrykizumabu wynosi 250 mg co cztery tygodnie. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lekczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Dopuszczalne jest wydłużenie odstępu pomiędzy podaniem kolejnych dawek zgodnie z ChPL. 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	c) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo) – tylko w przypadku <i>upadacytynibu</i> albo <i>baricytynibu</i> albo <i>abrocytynibu</i>; 4) badanie ogólne moczu; 5) RTG klatki piersiowej z opisem, maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją (w przypadku pacjentów w wieku od 6 miesięcy do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 6) EKG z opisem (pacjenci w wieku od 6 miesięcy do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego); 7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia <i>upadacytynibem</i> albo <i>baricytynibem</i> albo <i>abrocytynibem</i>; 8) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 9) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI; 10) ocena jakości życia wg DLQI u osób $\geq$ 18 r.ż., u osób od 4 r.ż. do 18 r.ż. skalą CDLQI, a u osób od 6 mies. do poniżej 4 lat skalą IDQOL; 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 stężenia mocznika we krwi; c) oznaczenie wartości odczynu Biernackiego (OB) lub oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
--	--	--

4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez 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 przeciwwskazaniem do terapii - dotyczy <i>dupilumabu</i>; 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	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.	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 monitorowania leczenia upadacytynibem albo baricytynibem albo abrocycytynibem; 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., u osób od 4 r.ż. do 18 r.ż. skalą CDLQI, a u osób od 6 mies. do poniżej 4 lat skalą IDQOL. 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
---	--	--

pacjenta. Miernikiem nieadekwatnej odpowiedzi na leczenie jest spełnienie łącznie wymienionych kryteriów: a) nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI), oraz b) nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI/CDLQI/IDQOL o minimum 4-punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji, oraz c) w przypadku leczenia <i>dupilumabem</i> osób w wieku od 6 do 11 lat brak kwalifikacji do zwiększenia dawki; 2) w przypadku osób w wieku od 6 do 11 lat, u których zwiększono dawkę, brak odpowiedzi ocenianej po maksymalnie 52 tyg. leczenia <i>dupilumabem</i> rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI); 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) wystąpienie toksyczności wymagającej zakończenia leczenia w opinii lekarza prowadzącego zgodnie z aktualną ChPL; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego;		osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu 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.
--	--	--

8) ciąża lub laktacja.

4. Ponowne włączenie do programu

- 1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej ujętej w programie lekowym i zastosowanej zgodnie z treścią programu z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta;
- 2) do programu mogą zostać włączane, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu z powodu ciąży lub laktacji, które w momencie wyłączenia nie spełniały innych kryteriów wyłączenia z programu. Pacjentki te w momencie ponownego włączania do programu nie mogą spełniać żadnego z kryteriów wyłączenia.

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)

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 Kolczystokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W programie finansuje się leczenie immunologiczne <i>cemiplimabem</i>. 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;	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Zalecana dawka <i>cemiplimabu</i> wynosi 350 mg podawana co 3 tygodnie, we wlewie dożylnym trwającym 30 minut.	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;

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 odpowiedź (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 $eGFR \geq 5$ ml/min na rok oraz $eGFR$ 30- 90 ml/min/1,73 m², lub b) zmniejszenie $eGFR \geq 2,5$ ml/min na rok w okresie 5 lat oraz $eGFR$ 30- 60 ml/min/1,73 m², 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 przeciwwskazania 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) hipematremia; 6) brak prawidłowego odczucia pragnienia lub brak adekwatnej reakcji na pragnienie, określonej na podstawie badania podmiotowego; 7) ciąża lub karmienie piersią.		1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA CIĘŻKĄ 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 $\leq 30\ 000/\mu\text{l}$; 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 $\geq 50\ 000/\mu\text{l}$. U pacjentów przyjmujących dawkę 25 mg raz na dobę, przed rozpoczęciem zwiększania dawki o 50 mg, należy zwiększyć dawkę do 50 mg na dobę. Nie należy przekraczać dawki 150 mg na dobę. Należy regularnie monitorować parametry hematologiczne i czynność wątroby przez cały czas trwania leczenia eltrombopagiem i modyfikować dawkowanie eltrombopagu w zależności od liczby płytek krwi, zgodnie z zapisami zawartymi w aktualnej na dzień	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 ($\geq 3 \times$ GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem $\geq 3 \times$ wartość wyjściowa lub $> 5 \times$ GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: a) będzie narastać albo b) będzie utrzymywać się ≥ 4 tygodni, albo c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośrednio, albo d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby; 7) ciąża; 8) karmienie piersią.	wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego. U pacjentów, którzy uzyskają odpowiedź trójliniową, w tym niezależnie od transfuzji, trwającą przynajmniej 8 tygodni: dawkę eltrombopagu można zmniejszyć o 50%. Jeśli liczba komórek nie zmieni się po 8 tygodniach przy zmniejszonej dawce leku, eltrombopag trzeba odstawić i monitorować liczbę komórek krwi (morfologię krwi). Jeśli liczba płytek krwi spadnie do wartości $< 30\ 000/\mu\text{l}$, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do $< 9\ \text{g/dl}$ lub całkowita liczba neutrofilów wyniesie $< 0,5 \times 10^9 /\text{l}$, 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 z badaniem 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.
--	--	--

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 $\geq 4 \times$ 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 <i>HMBS</i>, – HCP: mutacja w genie <i>CPOX</i>,	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 umożliwiające wykrycie antygenu p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2, HBV HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego

– VP: mutacja w genie <i>PPOX</i>, – ADP: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych <i>ALAD</i>, 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 przeciwwskazania 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 givosyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni givosyranem 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) $eGFR < 15 \text{ ml/min/1,73m}^2$ przy zastosowaniu wzoru MDRD;
- 4) zakażenie HIV, HCV lub HBV;
- 5) zapalenie trzustki;
- 6) nadwrażliwość na lek;
- 7) ciąża;
- 8) karmienie piersią.

LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNĄ HIPEROKSALURIĘ TYPU 1 (ICD-10: E74.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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/1,73m²); 3) średnie dobowe wydalanie szczawianów z moczem $\geq 0,70$ mmol /1,73 m²/24h ; 4) brak efektywności terapii witaminą B₆ (pirydoksyną) rozumianej jako redukcja dobowego wydalania szczawianów z moczem $\geq 30\%$ w okresie co najmniej 3- miesięcznym; 5) pisemna świadoma zgoda pacjenta na leczenie; w przypadku pacjentów poniżej 18. roku życia – zgoda opiekuna prawnego. 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 m²/24h), b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żyłnej, c) badanie ogólne moczu; 6) USG układu moczowego. 2. Monitorowanie leczenia Po pierwszych sześciu miesiącach leczenia, lekarz dokonywać będzie oceny odpowiedzi pacjenta na leczenie.

2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu 1) eGFR < 30 ml/min/1,73m²; 2) klinicznie istotne nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN); 3) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C; 4) przeszczepienie nerki lub wątroby; 5) nietolerancja wstrzyknięć podskórnych; 6) ciąża; 7) karmienie piersią; 8) odmowa stosowania antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym; 9) historia nadużywania alkoholu w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub niemożność lub niechęć do ograniczenia spożycia alkoholu w trakcie leczenia; 10) wcześniejsze leczenie lumazyranem sodowym (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni lumazyranem sodowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego). 3. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 4. Kryteria wyłączenia z programu 1) nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych (ALT i AST > 2xULN; bilirubina całkowita >1,5xULN; INR > 1,5ULN);		2.1. Badania co 3 miesiące: 1) pomiar wzrostu (pacjenci pediatryczni) i masy ciała; 2) ocena laboratoryjna: a) co najmniej dwukrotna ocena dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol /1,73 m²/24h), b) badania krwi: morfologia, kreatynina z oceną eGFR (formuła MDRD dla dorosłych lub wg Schwartz'a dla dzieci), mocznik, kwas moczowy, białko całkowite, albumina, AST, ALT, ALP, bilirubina, elektrolity (sód, potas, wapń, fosforany, chlorki), układ krzepnięcia (czas protrombinowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji- APTT, międzynarodowy współczynnik znormalizowany- INR), gazometria krwi żyłnej, c) badanie ogólne moczu, d) USG układu moczowego, w przypadku uznania za konieczne przez lekarza prowadzącego. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. 3. Monitorowanie programu 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia. 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności:
---	--	---

2) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny rozumiany jako brak redukcji wydalania szczawianów z moczem >30% w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych; 3) osiągnięcie stadium IV lub V PChN (eGFR<30 ml/min/1,73m²); 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek; 5) ciąża; 6) karmienie piersią; 7) zakażenie wirusem HIV lub WZW B lub WZW C.		a) procentowa zmiana dobowego wydalania szczawianów z moczem (mmol/1,73m²/24h), b) zmiana funkcji nerek za pomocą oceny współczynnika eGFR. 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

Załącznik B.131.

LECZENIE PACJENTÓW Z IDIOPATYCZNĄ WIELOOGNISKOWĄ CHOROBA CASTLEMANA (ICD-10: D47.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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 $\geq 1,0 \times 10^9/l$, b) liczba płytek $\geq 50 \times 10^9/l$, c) hemoglobina $< 170 \text{ g/l}$ ($10,6 \text{ mmol/l}$); 6) stosowanie skutecznej metody antykoncepcji; 7) brak występowania chłoniaka w wywiadzie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni <i>siltuksymabem</i> w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.	1. Dawkowanie Dawkowanie <i>siltuksymabu</i> 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 antygeny p24 oraz przeciwciał anti-HIV 1/2) oraz HHV-8 (badanie LANA-1 w immunohistochemii lub metoda reakcji łańcuchowej polimerazy PCR); 5) badania przesiewowe w kierunku zakażenia HBV (HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA); 6) test ciążowy (oznaczenie stężenie gonadotropiny kosmówkowej w moczu lub krwi); 7) tomografia komputerowa (TK) obejmująca szyję, klatkę piersiową, jamę brzuszną i miednicę. 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 <i>siltuksymabem</i> 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 <i>siltuksymab</i> 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.
--	--	---

ZAPOBIEGANIE REAKTYWACJI CYTOMEGALOWIRUSA (CMV) I ROZWOJOWI CHOROBY U SEROPOZYTYWNYCH WZGLĘDEM CMV PACJENTÓW, KTÓRZY BYLI PODDANI ZABIEGOWI PRZESZCZEPIONIA 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
W ramach programu lekowego pediatrycznym i dorosłym pacjentom, seropozytywnym względem CMV, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT) udostępnia się terapię: 1) <i>letermowirem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) pediatryczny lub dorosły biorca przeszczepu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (alloHSCT); 2) stwierdzona seropozytywność (obecne IgG) biorcy względem CMV; 3) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 4) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią (dotyczy kobiet w wieku rozrodczym);	1. Dawkowanie leku 1.1. letermowir 1.1.1. dorośli pacjenci: Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg lub 480 mg podawana doustnie raz na dobę. 1.1.2. pediatryczni pacjenci Pacjenci o masie ciała (mc.) >30 kg: Zalecana dawka letermowiru wynosi 240 mg (w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny) lub 480 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę. Pacjenci o mc. 18-30 kg: 50% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 120 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 240 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana	1. Badania przy kwalifikacji 1) oznaczenie statusu serologicznego CMV IgG i IgM biorcy; 2) ocena wydolności wątroby: a) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi, c) oznaczenie INR, d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) określenie skali Child-Pugh; 3) ocena wydolności nerek: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie wskaźnika eGFR. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 2.1. pediatryczni pacjenci 1) badania wykonywane raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru:

5) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji (dotyczy pacjentów w wieku rozrodczym) zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 7) nieobecność ciężkiego (klasa C w skali Child-Pugh) zaburzenia czynności wątroby; 8) nieobecność umiarkowanego zaburzenia czynności wątroby (klasa B w skali Child-Pugh) i współwystępującego umiarkowanego (wartość eGFR 31,0 do 56,8 ml/min/1,73 m²) lub ciężkiego (wartość eGFR 11,9 do 28,1 ml/min/1,73 m²) zaburzenia czynności nerek. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie. 2. Określenie czasu leczenia w programie Stosowanie letermowiru można rozpocząć w dniu przeszczepienia i nie później niż 28 dni po przeszczepieniu. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż stosowanie letermowiru w ramach profilaktyki można kontynuować maksymalnie do 100 dni po przeszczepieniu.	doustnie raz na dobę. Pacjenci o mc. <18 kg: 25% dawki stosowanej u dorosłych (tj. 60 mg w przypadku równoczesnego stosowania cyklosporyny lub 120 mg (w przypadku stosowania innego rodzaju immunosupresji niż cyklosporyny) podawana doustnie raz na dobę. Tabletkę należy podzielić lub rozkruszyć, aby podać ilość odpowiadającą ww. dawce. 2. Modyfikacja dawkowania leku Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie wykonywane nie rzadziej niż raz na dwa tygodnie w trakcie stosowania letermowiru – ilościowe badanie CMV DNA – stężenie lub liczba kopii w ml w surowicy lub pełnej krwi. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) wystąpienie klinicznie istotnej infekcji CMV, b) konieczność rozpoczęcia terapii wyprzedzającej; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	---	---

3. Kryteria wyłączenia

- 1) stwierdzenie przez lekarza prowadzącego konieczności rozpoczęcia leczenia wyprzedzającego wskutek wystąpienia u pacjenta klinicznie istotnej CMV DNA-emii (zgodnie ze standardową procedurą operacyjną ośrodka transplantacyjnego prowadzącego leczenie, nie dotyczy to wykrywania CMV DNA uwalnianego z komórek w postaci niezakaźnej);
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

PROFILAKTYCZNE LECZENIE CHORYCH NA MIGRENĘ PRZEWLEKŁĄ (ICD-10: G43)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się dwie linie leczenia migreny przewlekłej substancjami: 1) toksyna botulinowa typu A 2) eptinezumab 3) erenumab 4) fremanezumab W pierwszej linii leczenia stosuje się toksynę botulinową typu A. W drugiej linii leczenia dostępna jest jedna terapia eptinezumabem albo 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. <i>International Classification of Headache Disorders</i>, ICHD);	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). 1. Toksyna botulinowa Lek podaje się wielopunktowo, zgodnie z zapisami aktualnej 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. Eptinezumab 100 mg eptinezumabu podane w infuzji dożylniej co 12 tygodni. 3. Erenumab	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 ($\pm$ 15 dni) od momentu włączenia do programu lekowego; 2) analiza skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka pacjenta; 3) analiza jakości życia na podstawie kwestionariusza wg skali MIDAS.

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 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 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);	140 mg erenumabu we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie. 4. Fremanezumab 225 mg fremanezumabu we wstrzyknięciu podskórnym 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/przeciw migrenowych, 7) informacja o efekcie przyjmowanych leków przeciwbólowych/przeciw migrenowych (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.
---	--	--

6) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu toksyny botulinowej typu A.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia

1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia lekami anty-CGRP (eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem)

- 1) pacjenci, którzy ukończyli 18 r. życia;
- 2) chorzy na migrenę przewlekłą mający co najmniej 15 dni z bólem głowy w miesiącu przez co najmniej 3 kolejne miesiące, z których co najmniej 8 spełnia kryteria rozpoznania migreny określone w aktualnym wydaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Bólów Głowy (ang. *International Classification of Headache Disorder*, ICHD);
- 3) minimum 2 udokumentowane próby leczenia profilaktycznego migreny przewlekłej lekami o różnym działaniu, wybranymi spośród:
 - a) 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 Charakterystykami Produktów Leczniczych; Nieskuteczność definiowana jest jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu o mniej niż 50% względem wartości sprzed rozpoczęcia leczenia. 4) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie po 3 pierwszych podaniach toksyny botulinowej (w dniu planowanego czwartego podania), definiowany jako zmniejszenie liczby dni z bólem głowy w miesiącu względem wartości początkowej o mniej niż 50%) albo nawrót migreny przewlekłej stwierdzony w wyniku finalnej oceny leczenia toksyną botulinową (ocena dokonywana jest nie wcześniej niż po 12-16 tyg. od ostatniego podania leku, ale nie później niż 6 miesięcy) albo nietolerancja toksyny botulinowej typu A zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego albo przeciwwskazania do stosowania toksyny botulinowej A zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;		
--	--	--

- 5) brak wcześniejszego leczenia lekami anty-CGRP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego;
- 6) wykluczenie przeciwwskazań określonych w odpowiednich aktualnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;
- 7) pisemna zgoda pacjenta na monitorowanie efektów leczenia przez 12 miesięcy po ostatnim podaniu leku anty-CGRP.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Do programu kwalifikują się również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w czasie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na czas ponownego włączania do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia.

2. Kryteria ponownej kwalifikacji do programu

Pacjent do programu lekowego może być ponownie zakwalifikowany tylko jeden raz.

2.1. Po zakończeniu leczenia toksyną botulinową typu A i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej.

Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz

może zdecydować o ponownym podawaniu toksyny botulinowej typu A.

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

2.2. Po zakończeniu leczenia lekiem anty-CGRP i pozytywnej odpowiedzi na leczenie pacjent pozostaje w programie i jest obserwowany co 3 miesiące (przez okres 12 miesięcy) pod kątem nawrotu migreny przewlekłej.

Jeśli migrena przewlekła nawraca tzn. dochodzi do zwiększenia o co najmniej 1/3 liczby dni z bólem głowy w miesiącu lub o co najmniej 1/3 liczby dni z migrenowym bólem głowy w miesiącu lub o 1/3 dni, w których zażywane są leki abortywne to lekarz może zdecydować o ponownym podawaniu leku anty-CGRP.

U chorych u których nie dochodzi do w/w sytuacji w czasie roku obserwacji – udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

3. Czas trwania leczenia w programie obejmuje:

3.1. W I linii leczenia 5 podań toksyny botulinowej lub mniej w przypadku spełnienia któregośkolwiek z kryterium wyłączenia dotyczących toksyny botulinowej.

Po zakończeniu leczenia (po zastosowaniu 5-tego podania) pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy.

W przypadku nietolerancji albo braku odpowiedzi na leczenie albo nawrotu migreny przewlekłej do 6 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o kwalifikacji pacjenta do leczenia eptinezumabem albo erenumabem albo fremanezumabem)

W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia toksyną botulinową typu A.

3.2. W II linii leczenia okres podawania eptinezumabem albo erenumabu albo fremanezumabu w programie wynosi 12 miesięcy. Odpowiedź na leczenie jest definiowana po 12 tygodniach leczenia poprawą jakości życia mierzoną skalą MIDAS oraz jako redukcja o co najmniej - 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej. Brak odpowiedzi na leczenie powoduje wyłączenie pacjenta z programu. W przypadku nietolerancji zastosowanego leku anty-CGPR (zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego) istnieje możliwość zmiany leku na inny wymieniony w programie lek anty-CGPR. Zmiany można dokonać nie później niż do 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia lekiem anty-CGPR. Po zakończeniu leczenia pacjent w ramach programu podlega dalszej obserwacji w celu oceny finalnych efektów leczenia. Ocena ta dokonywana jest co 3 miesiące przez okres 12 miesięcy. W przypadku nawrotu migreny przewlekłej do 12 miesięcy lekarz prowadzący może zdecydować o ponownej kwalifikacji pacjenta do leczenia lekiem anty-CGRP. 4. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak prawidłowego prowadzenia dzienniczka bólów głowy; 2) brak odpowiedzi na leczenie oceniane podczas wizyt kontrolnych; Odpowiedź na leczenie jest definiowana jako redukcja o co najmniej - 50% liczby dni z bólem głowy w miesiącu, w stosunku do wartości początkowej sprzed leczenia.		
---	--	--

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 kontynuację 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 plazmocytoowego – 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 plazmocytoowego zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej;

b) w przypadku pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym: nietolerancja lub przeciwwskazania 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 plazmocytoowego: 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 plazmocytoowego), 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.
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA ŚRÓDMIAŻSZOWĄ PŁUC (ICD-10: D86, J67.0-J67.9, J84.1, J84.8, J84.9, J99.0, J99.1, M34)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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 dobową: 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 $\geq$ 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 przeciwwskazanie 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 twardzinę układową, 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 przeciwnuklearnych (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 każdym 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 uniemożliwiają 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 Zespół Koordynacyjny 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.

LECZENIE CHORYCH NA GRUŻLICĘ 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 przeciwpłatkowymi (gruźlica płuc MDR-TB); B. pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem (gruźlica płuc MDR-TB albo XDR-TB). <u>W programie lekowym istnieje możliwość kwalifikacji pacjenta do terapii 1 albo 2. Nie można traktować powyższych terapii jako linii leczenia.</u> 1. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) bedakiliną w skojarzeniu z lekami przeciwpłatkowymi. 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 płwociny 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 przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL; 7) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky'ego w ciągu 30 dni przed rozpoczęciem terapii; 8) brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego; 9) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ $\leq$ 50 komórek/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 leczenie można rozważyć wydłużenie czasu trwania leczenia pod dokładnym nadzorem w zakresie bezpieczeństwa. Każdy przypadek należy rozpatrywać indywidualnie.		c) MDR-TB – potwierdzające oporność bakterii na PAS, etionamid, aminoglikozydy lub fluorochinolony. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Badania wykonywane na początku leczenia oraz przynajmniej raz w tygodniu podczas pierwszego miesiąca leczenia, co drugi tydzień podczas 2. miesiąca, a następnie raz na miesiąc: 1) badania czynności wątroby (AlAT, AspAT, fosfataza zasadowa i bilirubina) – w trakcie leczenia oraz zgodnie z potrzebami. W razie wystąpienia objawów wskazujących na wystąpienie lub nasilenie się zaburzeń czynności wątroby, należy przeprowadzić badanie na obecność wirusowego zapalenia wątroby i przerwać stosowanie innych produktów leczniczych o toksycznym działaniu na wątrobę. 2.2. Badania wykonywane na początku leczenia, po dwóch tygodniach, a następnie raz na miesiąc: 1) morfologia krwi. 2.3. Badania wykonywane raz na miesiąc: 1) badanie EKG. 2.4. Badania wykonywane po 6 i 24 miesiącach po zakończeniu leczenia: 1) badanie płwociny w kierunku M. tuberculosis przy pomocy systemu BACTEC MGIT lub metod molekularnych. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich
---	--	--

2. Leczenie wielolekoopornej gruźlicy płuc (MDR-TB) lub gruźlicy płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną i linezolidem. 2.1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek ≥ 14 lat; 2) wielolekooporna gruźlica płuc (MDR-TB) lub gruźlica płuc o rozszerzonej oporności (XDR-TB) udokumentowana dodatnim wynikiem posiewu lub badaniem molekularnym w ciągu 3 miesięcy przed lub w trakcie kwalifikacji; 3) w przypadku MDR-TB: a) udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie najlepszym dostępnym schematem przez 6 miesięcy lub dłużej przed przystąpieniem do terapii lub b) udokumentowana nietolerancja leczenia drugiego rzutu z użyciem: – PAS, etionamidu, aminoglikozydów lub fluorochinolonów, – leczenia niewymienionego powyżej, które w opinii lekarza kwalifikuje pacjenta do terapii; 4) w przypadku XDR-TB: a) udokumentowana oporność na izoniazyd, 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 płwociny, b) kontrola nawrotu bakteriologicznego lub niepowodzenia bakteriologicznego (ponowna infekcja); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

7) brak przeciwwskazań do stosowania każdego z leków zgodnie z ChPL; 8) stan sprawności powyżej 50 według skali Karnofsky’ego w ciągu 30 dnia przed rozpoczęciem terapii; 9) brak nadużywania alkohol i narkotyków ocenionego indywidualnie przez lekarza kwalifikującego; 10) BMI > 17 kg/m²; 11) brak zakażenia wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ $\leq$ 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 substancję pomocniczą;		
---	--	--

2) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnych ChPL; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 4) utrzymujący się stan sprawności 50 lub niższy według skali Karnofsky'ego; 5) ciąża lub karmienie piersią; 6) BMI < 17 kg/m² (tylko w przypadku terapii leczenia pretomanidem w skojarzeniu z bedakiliną oraz linezolidem); 7) zakażenie wirusem HIV z liczbą limfocytów CD4+ ≤ 50 komórek/μl.		
---	--	--

ODCZULANIE WYSOKO IMMUNIZOWANYCH DOROSŁYCH POTENCJALNYCH BIORCÓW PRZESZCZEPU NERKI (ICD-10: N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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 $\geq 90\%$ i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku; b) cPRA $\geq 85\%$ i $<90\%$ i obecność na krajowej liście oczekujących >1 roku i: 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 przeciwwskazania do włączenia do programu 1) wcześniejsze leczenie imlifidazą; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) trwające poważne zakażenie; 4) zakrzepowa plamica małopłytkowa (TTP); 5) negatywny wynik próby krzyżowej.		6) biopsja nerki po 3 miesiącach oraz w przypadku wystąpienia wskazań do jej przeprowadzenia (decyzja w oparciu o wyniki oznaczeń DSA oraz stężenia kreatyniny). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ; 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) potwierdzenie konwersji wyniku próby krzyżowej (na podstawie standardowych protokołów potwierdzania konwersji wyniku próby krzyżowej z dodatniego na ujemny stosowanych w ośrodku), b) czynność nerek po leczeniu imlifidazą oceniana za pomocą eGFR, kreatyniny i białkomoczu, c) przyjęcie przeszczepu lub jego utrata, d) wystąpienie procesu ostrego odrzucania potwierdzonego biopsją (ogółem i zależnego od przeciwciał), e) przeżycie pacjentów w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu, f) przeżycie przeszczepionej nerki w okresie 6 i 12 miesięcy od wykonania przeszczepu; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW ZE SPEKTRUM ZAPALENIA NERWÓW WZROKOWYCH I RDZENIA KRĘGOWEGO (NMOSD) (ICD-10: G36.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
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 Lekczniczego (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 dobową 15 mg ekwiwalentu prednizolonu, azatiopryną - maksymalna dawka dobową 3 mg / kg m.c. lub mykofenolanem mofetylu – maksymalna dawka dobową 3 000 mg). Szczegółowe informacje dotyczące dawkowania oraz jego modyfikacji znajdują się w aktualnej Charakterystyce Produktu Lekczniczego.	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 antygeny 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 anti-CD20, ekulizumabem, przeciwciałem monoklonalnym anti-BLyS, lekiem zapobiegającym nawrotom stwardnienia rozsianego w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu; 5) wcześniejsze leczenie anti-CD4, kladrybiną, cyklofosfamidem lub mitoksantronem, przeszczepienie komórek macierzystych szpiku w ciągu 2 lat przed przystąpieniem do programu;		przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową); 8) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo). 2. Monitorowanie leczenia 1) ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS co 6 miesięcy oraz w czasie każdego rzutu; 2) badanie MRI - jeśli zasadne klinicznie (decyzję podejmuje specjalista neurolog); 3) morfologia krwi z rozmazem, ALT i AST, bilirubina co cztery tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, następnie co trzy miesiące przez jeden rok, a po tym czasie według wskazań klinicznych; 4) lipidogram po pierwszych 6 miesiącach, a następnie wg wskazań klinicznych; 5) przekazanie pacjentowi informacji o Karcie Ostrzegawczej oraz wskazanie, że w przypadku wystąpienia cech infekcji – niezbędny jest kontakt z lekarzem. 3. Monitorowanie programu 1) ocena skuteczności: a) wskaźniki efektywności: – czas do wystąpienia rzutu, – częstość rzutów, – jakość życia na podstawie odpowiednich dla schorzenia skali (EQ-5D); – czas do zgonu, Definicja rzutu – wystąpienie jednego z poniższych:
--	--	---

6) inne stany kliniczne, które w opinii lekarza, mogą stanowić przeciwwskazania do terapii; 7) inne przeciwwskazania wymienione w aktualnej ChPL. 3. Określenie czasu leczenia w programie Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza Zespół Koordynacyjny po każdym pełnych 12 miesiącach terapii. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy. W przypadku wystąpienia 1 rzutu po minimum 6 miesiącach leczenia można dokonać zmiany / modyfikacji leczenia. Za brak skuteczności leczenia, uzasadniający zakończenie leczenia, przyjmuje się wystąpienie 2 ciężkich rzutów, występujących w odstępie co najmniej 30 dni, po minimum 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia satralizumabem. Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt. 4. Kryteria wyłączenia Kryterium wyłączenia z leczenia jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów: 1) brak skuteczności leczenia zgodnie z definicją w pkt. 3; 2) EDSS 8,5 lub więcej; 3) wystąpienie przeciwwskazań do stosowania satralizumabu wg aktualnej ChPL; 4) aktywny nowotwór złośliwy; 5) nietolerancja leczenia satralizumabem;		i. wzrost o $\geq 1,0$ pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego więcej niż 0 (lub wzrost o $\geq 2,0$ pkt. EDSS od wyjściowego wyniku EDSS wynoszącego 0), ii. wzrost o $\geq 2,0$ pkt. w co najmniej jednym właściwym dla danego objawu wyniku dla oceny układu czynnościowego (piramidowego, mózdkowego, pnia mózgu, czuciowego, pokarmowego lub moczowego, pojedynczego oka), iii. wzrost o $\geq 1,0$ pkt. w więcej niż 1 punktowym wyniku układu funkcjonalnego dla danego objawu, z wartością wyjściową wynoszącą co najmniej 1,0, iv. wzrost o $\geq 1,0$ pkt. w wyniku punktacji układu funkcjonalnego specyficznego dla objawów pojedynczego oka z wynikiem początkowym wynoszącym co najmniej 1,0. Ciężki rzut definiowany jest jako rzut powodujący wzrost EDSS o minimum 2 pkt. Objawy muszą utrzymywać się przez >24 godziny i nie można ich przypisać wystąpieniu innych czynników klinicznych (np. gorączka, infekcja, uraz, zmiana nastroju, ADR). b) oczekiwane korzyści zdrowotne: – czas do ciężkiego rzutu: 86% pacjentów stosujących monoterapię w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu lub 90% pacjentów stosujących terapię skojarzoną w ciągu pierwszych 4 lat terapii wolnych od ciężkiego rzutu;
---	--	---

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 (EQ-5D), 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.
--	--	---

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 [⁶⁸Ga]Ga-SSA) lub - w razie braku dostępu - scyntygrafii (SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu wychwytowi w wątrobie, wychwyt w skali Krenninga ≥ 2); 4) udokumentowana progresja choroby w czasie 15 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów klinicznych i/lub hormonalnych i/lub RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);	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 dożylniej. 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 [⁶⁸Ga]Ga-SSA lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA w zależności dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [¹⁸F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych;

- 5) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;
- 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);
- 7) wykluczenie wcześniejszego stosowania radioterapii obejmującej zewnętrzne napromienianie 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 włączenie do programu.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Cykl leczenia ¹⁷⁷Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje.

Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów:

- 1) trwale (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane:
 - a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events),
 - b) jakiegokolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii,
 - c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%,

- 10) test 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, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na

d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiegokolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z 177Lu-DOTATATE. 3. Kryteria wyłączenia 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) ciężka niewydolność krążenia (stopień III - IV w skali NYHA); 3) ciąża i karmienie piersią; 4) stosowanie interferonu, ewerolimus lub innych przeciwnowotworowych terapii systemowych w ostatnich 4 tygodniach przed włączeniem do programu; 5) leczenie chirurgiczne, bezpośrednia przetętnicza terapia dowątrobowa lub chemioterapia, w czasie 12 tygodni poprzedzających udział w programie.		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	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);

poprzecznej (stopień G1 lub G2, indeks proliferacyjny Ki-67 ≤ 20%); 2) guz niesekcyjny lub z przerzutami; 3) wykazana zwiększona ekspresja receptorów somatostatyny we wszystkich zmianach nowotworowych (zmiany pierwotne i przerzuty) – potwierdzona w badaniu tomografii pozytonowej (PET/CT z [⁶⁸Ga]Ga-SSA) lub scyntygrafii – w razie braku dostępu - (SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA) - nadekspresja receptorów w tkance guza (nowotwór pierwotny i przerzuty) z wychwytem radiofarmaceutyku co najmniej równym prawidłowemu 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 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 dożylniej. 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 [⁶⁸Ga]Ga-SSA lub SPECT/CT z [^{99m}Tc]Tc-SSA lub w zależności od dostępności danej metody diagnostycznej; 9) PET/CT z [¹⁸F]F-FDG w uzasadnionych przypadkach, w zależności od wskazań klinicznych; 10) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym. 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.
---	---	--

leczenia spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Cykl leczenia ¹⁷⁷Lu-DOTATATE obejmuje nie więcej niż 4 infuzje. Terapia może zostać przerwana w przypadku wystąpienia poniższych kryteriów: Kryteria przerwania terapii: 1) trwale (nie ustępujące po 16 tygodniach od podania ostatniej infuzji) lub nawracające działania niepożądane; a) trombocytopenia 2. lub wyższego stopnia (CTCAE, Common Terminology Criteria for Adverse Events, b) jakiegokolwiek objawy toksyczności hematologicznej 3. lub wyższego stopnia (CTCAE), oprócz limfopenii, c) działanie toksyczne na nerki określone jako klirens kreatyniny < 30 ml/min lub spadek o 40%, d) toksyczne działanie na wątrobę określone jako: bilirubinemia, ALT, AST > 3 x górna granica normy, lub hipoalbuminemia < 30 g/l ze zmniejszeniem współczynnika protrombinowego < 70%, e) jakiegokolwiek inne toksyczne działanie CTCAE 3. stopnia lub 4. stopnia o prawdopodobnym związku z ¹⁷⁷Lu-DOTATATE. 3. Kryteria wyłączenia 1) udokumentowana nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;		3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo -rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

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 przełtętnicza 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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 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-hiperornitynemii-homocytrulinuria); 2) brak skutecznego leczenia zaburzeń cyklu mocznikowego tylko poprzez ograniczenie spożycia białka lub suplementację aminokwasów. 2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie 1) nadwrażliwość na substancję czynną; 2) leczenie ostrej hiperamonemii. 3. Określenie czasu leczenia w programie Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 4. Kryteria wyłączenia z dalszego udziału w programie Spełnienie któregośkolwiek z poniższych warunków: 1) przeszczepienie wątroby; 2) nadwrażliwość na fenylloctan lub fenylomaślan; 3) ciąża lub karmienie piersią; 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację terapii.		2. Monitorowanie leczenia Okresowe monitorowanie (w zależności od potrzeb klinicznych, wieku i stabilności pacjenta; nie rzadziej niż raz na pół roku): 1) szczegółowy wywiad dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii; 2) stężenie amoniaku we krwi; 3) stężenie aminokwasów w osoczu; 4) konsultacja psychologa (ocena postępów w rozwoju psychoruchowym/ intelektualnym); 5) konsultacja neurologa; 6) konsultacja dietetyka. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z RAKIEM UROTELIALNYM (ICD-10: C61, C65, C66, C67, C68)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie lekowym finansuje się leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym substancjami: 1) <i>awelumab</i>; 2) <i>niwolumab</i>; 3) <i>niwolumab w skojarzeniu z gemcytabiną i cisplatyną w leczeniu pierwszej linii</i>; 4) <i>pembrolizumab</i>; 5) <i>enfortumab wedotyny</i>; 6) <i>erdafitynib</i>; 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 $\geq 1\%$ i z wysokim ryzykiem nawrotu po radykalnej cystektomii z cechą R0. Niwolumab w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną stosowany jest w leczeniu pierwszej linii raka urotelialnego w stadium	1. Dawkowanie 1) Dawka <i>awelumabu</i>: 800 mg co 2 tygodnie; 2) Dawka <i>niwolumabu</i> w leczeniu uzupełniającym: 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie; 3) Dawka <i>niwolumabu</i> z skojarzeniu z <i>cisplatyną i gemcytabiną</i>: 360 mg co 3 tygodnie, przez 6 cykli a następnie 240 mg co 2 tygodnie lub 480 mg co 4 tygodnie; 4) Dawka <i>pembrolizumabu</i>: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni; 5) Dawka <i>enfortumabu wedotyny</i>: 1,25 mg/kg mc. (maksymalnie do 125 mg u pacjentów o masie ciała ≥ 100 kg). Lek należy podawać we wlewie dożylnym w 1., 8. i 15. dniu 28-dniowego cyklu.; 6) Dawka <i>erdafitynibu</i>: zalecana dawka początkowa to 8 mg na dobę, którą należy modyfikować na podstawie wyników badań, zgodnie z zapisami ChPL. Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z	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 <i>niwolumabem</i> w leczeniu uzupełniającym; 3) ocena, za pomocą zwalidowanego testu obecności podatnych zmian genetycznych <i>FGFR3</i> – dotyczy terapii <i>erdafitynibem</i>; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny; 8) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) i tetrajodotyroniny (fT4) – dotyczy terapii <i>awelumabem</i>, <i>niwolumabem</i> oraz <i>pembrolizumabem</i>; 10) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy – dotyczy terapii <i>awelumabem</i>; 11) oznaczenie stężenia glukozy; 12) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg);

miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia. Pembrolizumab stosowany jest w monoterapii w drugiej linii leczenia raka urotelialnego miejscowo zaawansowanego poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u osób dorosłych, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej chemioterapii opartej na pochodnych platyny. Enfortumab vedotyn stosowany jest w monoterapii, w drugiej lub trzeciej linii leczenia, raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania - poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia u pacjentów, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej terapii opartej o chemioterapię pochodnymi platyny i inhibitor receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitor ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). Erdaftynib stosowany jest w monoterapii, w drugiej lub trzeciej linii leczenia, raka urotelialnego w stadium miejscowego zaawansowania - poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia, u pacjentów z podatnymi zmianami genetycznymi FGFR3, u których doszło do progresji choroby podczas lub po uprzedniej terapii inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu 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	aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualnymi ChPL poszczególnych leków.	13) oznaczenie stężenia fosforanów w surowicy – dotyczy terapii <i>erdaftynibem</i>; 14) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia) – dotyczy terapii <i>pembrolizumabem</i>; 15) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych; 16) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 17) TK lub MRI klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy; 18) RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie; 19) TK lub MRI mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów); 20) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych; 21) elektrokardiogram (EKG); 22) pomiar ciśnienia tętniczego; 23) pełne badanie okulistyczne zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) – dotyczy terapii <i>erdaftynibem</i>. 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;
---	---	---

1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie urotelialnego raka pęcherza moczowego lub miedniczki nerkowej lub cewki moczowej lub moczowodu lub gruczołu krokowego; 2) obecność zmian mierzalnych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 przed otrzymaniem chemioterapii paliatywnej; 3) stan sprawności 0-2 według kryteriów ECOG dla erdafitynibu) lub 0-1 według kryteriów ECOG dla pozostałych leków w programie; 4) wiek 18 lat i powyżej; 5) nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych wynikających z przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym, które wymagają potrzeby zwiększania dawki leków steroidowych w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy); 6) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystykę Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka urotelialnego; 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi pozwalająca na zastosowanie leku zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) brak przeciwwskazań do stosowania poszczególnych substancji określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;		4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) oznaczenie stężenia glukozy; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia) – dotyczy terapii pembrolizumabem; 8) badanie ogólne moczu – dotyczy terapii pembrolizumabem; 9) inne badania w zależności od wskazań klinicznych. Badania wykonuje się: 10) co 2 tygodnie w przypadku morfologii krwi z rozmazem (po okresie 3 miesięcy leczenia co 8 tygodni); 11) co 8 tygodni w przypadku pozostałych badań (lub częściej w zależności od wskazań klinicznych); 12) w przypadku stosowania niwolumabu - badania wykonuje się przed każdym podaniem niwolumabu, nie rzadziej niż co 4 tygodnie; 13) między dniem 14 a 21 w przypadku stężenia fosforanów, a następnie co miesiąc – dotyczy terapii <i>erdafitynibem</i>; 14) co miesiąc w przypadku badania okulistycznego (po okresie pierwszych 4 miesięcy leczenia co 3 miesiące lub częściej w razie wskazań klinicznych) – dotyczy terapii <i>erdafitynibem</i>. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia 1) TK lub MR odpowiedniego obszaru; 2) RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie TK; 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.
--	--	--

11) brak nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii 1.2.1. Awelumabem 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia; 2) nieobecność progresji choroby podczas stosowania chemioterapii paliatywnej opartej na pochodnych platyny (po zastosowaniu 4-6 cykli <i>cisplatyny</i> z <i>gemcytabiną</i> lub <i>karboplatyny</i> z <i>gemcytabiną</i>); 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 <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone). 1.2.2. Niwolumabem 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka urotelialnego (lub o mieszanej histopatologii z dominacją komponenty urotelialnej) naciekającego błonę mięśniową, bez obecności		Badania wykonuje się: 4) co 12 tygodni lub częściej, jeśli wymaga tego stan kliniczny pacjenta; 5) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST 1.1. 3.1. Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla <i>awelumabu</i>, <i>niwolumabu</i>, <i>pembrolizumabu</i> oraz <i>erdafitynibu</i>: 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny; 2) przeżycie bez progresji choroby (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny- dotyczy terapii <i>awelumabem</i>, <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>cisplatyną</i> i <i>gemcytabiną</i>, <i>pembrolizumabem</i> oraz <i>erdafitynibem</i>; 3) przeżycie wolne od choroby (DFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszego nawrotu lub zgonu – dotyczy terapii <i>niwolumabem</i> w leczeniu uzupełniającym; 4) zdarzenia niepożądane. 3.2. Wskaźniki efektywności terapii mierzone dla <i>enfortumabu</i> <i>wedotyny</i>: 1) śmiertelność – przeżycie całkowite (OS) tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek
--	--	--

przerzutów odległych; 2) przeprowadzenie radykalnej cystektomii z cechą R0 w okresie do 120 dni przed włączeniem do leczenia (dotyczy jedynie raka urotelialnego pęcherza moczowego i moczowodu); 3) niestosowanie adjuwantowej terapii systemowej lub radioterapii po radykalnej chirurgicznej resekcji raka urotelialnego; 4) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena; 5) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 6) dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie neoadjuwantowe z wykorzystaniem chemioterapii opartej na <i>cisplatynie</i>; 7) potwierdzenie badaniem histopatologicznym wysokiego ryzyka nawrotu nowotworu; a) stopień zaawansowania pT3-pT4a lub pN+ w przypadku pacjentów, u których nie zastosowano neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie, b) stopień zaawansowania ypT2-ypT4a lub ypN+ w przypadku pacjentów po zastosowaniu neoadjuwantowej chemioterapii opartej na platynie; 8) potwierdzenie poziomu ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych $\geq 1\%$. 1.2.3. Niwolumabem w skojarzeniu z cisplatyną i gemcytabiną w leczeniu pierwszej linii		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 jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 5,5 miesiąca; 3) wskaźnik odpowiedzi obiektywnych (ORR) tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych na oczekiwanym poziomie 40,6%; 4) mediana DoR - czas od pierwszej obiektywnej odpowiedzi (CR lub PR) do udokumentowanej progresji choroby (PD) lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny, w zależności od tego, co nastąpi wcześniej – oczekiwany wynik: 7,9 miesiąca; 5) wskaźnik kontroli choroby (DCR) zdefiniowany jako uzyskanie przez pacjenta kontroli choroby ocenianej po 8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia i rozumianej jako: - odpowiedź całkowita (CR) lub odpowiedź częściowa (PR) mierzonych według aktualnych kryteriów RECIST lub - stabilizacja choroby (SD) -oczekiwany wynik: 71,9%. Pierwszą ocenę odpowiedzi na leczenie <i>enfortumabem wedotyny</i> 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);
--	--	--

1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia; 2) brak wcześniejszej ogólnoustrojowej terapii przeciwnowotworowej z powodu przerzutowego lub nieoperacyjnego raka urotelialnego; 3) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy, łuszczycy, bielactwa i zespołu Sjögrena; 4) niestosowanie systemowych leków kortykosteroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg <i>prednizonu</i> na dobę lub równoważnej innego leku kortykosteroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu 14 dni przed rozpoczęciem leczenia (kortykosteroidy wziewne są dozwolone); 1.2.4. Pembrolizumabem 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykalnym lub w stadium uogólnienia; 2) niepowodzenie wcześniejszego leczenia raka urotelialnego w oparciu o chemioterapię zawierającą pochodne platyny (progresja po 1. linii leczenia paliatywnego) lub wznowa w ciągu 12 miesięcy od zakończenia wcześniejszego leczenia przed- lub pooperacyjnego pochodnymi platyny; 3) ustąpienie wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia. 1.2.5. Enfortumabem wedotyny 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze	2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
---	--

radykałnym lub w stadium uogólnienia; 2) progresja radiologiczna choroby u pacjentów, którzy otrzymali chemioterapię opartą o pochodną platyny oraz leczenie inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). 1.2.6. Erdafityni bem 1) rak w stadium miejscowego zaawansowania poza możliwościami miejscowego leczenia o charakterze radykałnym lub w stadium uogólnienia; 2) obecność podatnych zmian genetycznych <i>FGFR3</i>; 3) progresja radiologiczna choroby podczas lub po terapii z inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1). W celu kontynuacji terapii, do programu lekowego mogą zostać włączeni pacjenci leczeni w ramach innego sposobu finansowania, poza badaniami klinicznymi, do momentu objęcia refundacją leku w programie lekowym, pod warunkiem, iż w momencie rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji uwzględnione w punkcie 1 oraz nie spełniali kryteriów uwzględnionych w punkcie 3. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane.		
---	--	--

W przypadku terapii uzupełniającej <i>niwolumabem</i> leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy, możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych lub z innych powodów. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia może wynosić 8 tygodni. W przypadku terapii <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>cisplatyną</i> i <i>gemcytabiną</i> w pierwszej linii leczenia trwa maksymalnie 24 miesiące, możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych lub z innych powodów. Maksymalny okres opóźnienia podania kolejnego kursu leczenia, dotyczy terapii inhibitorem receptora programowanej śmierci komórki 1 (PD-1) lub inhibitorem ligandu programowanej śmierci komórki 1 (PD-L1), może wynosić 12 tygodni pod warunkiem całkowitego ustąpienia niepożądanych działań związanych z immunoterapią i zakończenia stosowania kortykosteroidów. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, z możliwością potwierdzenia w kolejnej ocenie badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni – dotyczy terapii <i>awelumabem</i>, <i>pembrolizumabem</i>, <i>enfortumabem</i> <i>wedotyny</i>, <i>erdafitynibem</i> lub <i>niwolumabem</i> w skojarzeniu z <i>cisplatyną</i> i <i>gemcytabiną</i>; 2) nawrót choroby- dotyczy terapii <i>niwolumabem</i> w leczeniu uzupełniającym; 3) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według skali ECOG (dla		
---	--	--

<i>erdafitynibu</i>) lub do stopnia 2-4 według skali ECOG (dla pozostałych leków w programie); 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.		
--	--	--

LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z ZESPOŁAMI MIELODYSPLASTYCZNYMI Z TOWARZYSZĄCĄ NIEDOKRWISTOŚCIĄ ZALEŻNĄ OD TRANSFUZJI (ICD-10: D46.0, D46.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego pacjentom z zespołami mielodysplastycznymi z towarzyszącą niedokrwistością zależną od transfuzji udostępnia się terapię <i>luspaterceptem</i>, w pierwszej linii leczenia lub kolejnych liniach leczenia (po nieodpowiedzi na leczenie lekami stymulującymi erytropoezę), <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) stan sprawności 0-2 według skali ECOG; 3) zdiagnozowany zespół mielodysplastyczny (ang. myelodysplastic syndromes, MDS) o bardzo niskim, niskim lub pośrednim ryzyku wg R-IPSS; 4) niedokrwistość zależna od przetoczeń (≥ 3 jednostki kkcw w ciągu 16 tygodni w co najmniej 2 epizodach przetoczeń – w okresie przed kwalifikacją do programu) w przebiegu MDS; 5) stężenie endogennej erytropoetyny (eEPO) ≤ 500 mU/ml – nie dotyczy MDS z syderoblastami pierścieniowatymi (MDS-RS definiowane jest przy $\geq 15\%$ syderoblastów pierścieniowatych lub $\geq 5\%$ syderoblastów pierścieniowatych w przypadku obecności mutacji <i>SF3B1</i>);	1. Dawkowanie leku 1.1. luspatercept Każdy cykl trwa 21 dni (3 tygodnie). <u>Luspatercept</u>: Zalecana dawka początkowa <i>luspaterceptu</i> to 1,0 mg/kg m.c. raz na 3 tygodnie. W przypadku pacjentów, którzy nie są niezależni od transfuzji czerwonych krwinek po podaniu co najmniej 2 kolejnych dawek w dawce początkowej wynoszącej 1,0 mg/kg m.c., dawka powinna zostać zwiększona do 1,33 mg/kg m.c. 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. 2. Modyfikacja dawkowania leku	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi obwodowej z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia endogennej erytropoetyny (eEPO); 3) ocena syderoblastów pierścieniowatych lub oznaczenie mutacji <i>SF3B1</i> u chorych z obecnością syderoblastów pierścieniowatych $\geq 5\%$ i $\leq 15\%$ – dotyczy rozpoznania MDS z syderoblastami pierścieniowatymi; 4) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia 1) morfologia krwi obwodowej – wykonywana przed każdym podaniem <i>luspaterceptu</i>. Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z aktualnymi rekomendacjami. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich

6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną Charakterystykę Produktu Leczniczego; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 11) nieobecność aktywnych, ciężkich zakażeń. 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 z programu 1) progresja choroby podstawowej (MDS);	Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego leku.	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) poprawa hematologiczna-erytroidalna (HI-E) – niezależność od przetoczeń kkcw w okresie ≥ 8 tyg. w 16-24 tygodniowym okresie obserwacji (dla chorych z małym obciążeniem transfuzjami – LTB), b) większa odpowiedź HI-E – niezależność od przetoczeń kkcw w okresie ≥ 8 tyg. w 16-24 tygodniowym okresie obserwacji (dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami – HTB), c) mniejsza odpowiedź HI-E – zmniejszenie o co najmniej 50% liczby przetoczonych jednostek kkcw przez okres minimum 8 tyg. w co najmniej 16-tygodniowym okresie obserwacji względem analogicznego okresu przed włączeniem pacjenta do programu (dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami – HTB); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	---	--

- | | | |
|---|--|--|
| <p>2) brak odpowiedzi na leczenie ocenionej po 8 cyklach leczenia; odpowiedź na leczenie definiuje się jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>a) okres niezależności od przetoczeń kkc ≥ 8 tygodni – kryterium dla chorych z małym (LTB) lub dużym obciążeniem transfuzjami (HTB),</p> <p>b) zmniejszenie o co najmniej 50% liczby przetoczonych jednostek kkc przez okres minimum 8 tyg. w co najmniej 16-tygodniowym okresie obserwacji względem analogicznego okresu przed włączeniem pacjenta do programu – kryterium dla chorych z dużym obciążeniem transfuzjami (HTB);</p> <p>3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;</p> <p>4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;</p> <p>5) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;</p> <p>6) okres ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.</p> | | |
|---|--|--|

LECZENIE KWASEM KARGLUMINOWYM CHORYCH Z ACYDURIAMI ORGANICZNYMI: PROPIONOWĄ, METYLOMALONOWĄ I IZOWALERIANOWĄ (ICD-10: E71.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji 1) hiperamonemia rozpoznana przy stężeniu amoniaku: a) >90 $\mu\text{mol/l}$ u dzieci, b) >50 $\mu\text{mol/l}$ 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 dobową 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 zgłąbnik 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 Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia 1) stwierdzenie braku skuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii; 2) wystąpienie nadwrażliwości na kwas kargluminowy lub którykolwiek z pozostałych składników leku; 3) cięża lub karmienie piersią; 4) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.		12) konsultacja neurologiczna; 13) konsultacja dietetyczna; 14) konsultacja psychologiczna. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Co najmniej raz na 180 dni ocena stanu pacjenta oraz skuteczności terapii 1) szczegółowy wywiad (dotyczący przebiegu klinicznego choroby, zwłaszcza liczby i ciężkości epizodów hiperamonemii) oraz opis badania przedmiotowego; 2) stężenie amoniaku w osoczu; 3) gazometria krwi; 4) ilościowe oznaczenie stężenia aminokwasów (glutamina, izoleucyna, leucyna, walina, glicyna, metionina, treonina) w osoczu /surowicy; 5) morfologia z rozmazem; 6) pomiar parametrów auksologicznych – masy i długości/ wysokości ciała, BMI); 7) aktywność enzymów wątrobowych: ALAT, AspAT, stężenie bilirubiny całkowitej i związanej; 8) EKG; 9) konsultacja neurologiczna; 10) konsultacja dietetyczna; 11) konsultacja psychologiczna w zależności od potrzeb; 12) badanie EEG, MRI OUN (w uzasadnionych przypadkach). Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.
--	--	--

		Dane gromadzone są w SMPT i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.1; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z GUZAMI LITYMI Z FUZJĄ GENU RECEPTOROWEJ KINAZY TYROZYNOWEJ DLA NEUROTROFIN (NTRK)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie substancjami: 1) <i>entrektytib</i>, 2) <i>larotrektytib</i>, 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 łitego; 2) obecność fuzji genu receptorowej kinazy tyrozynowej dla neurotrofin (NTRK) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu sekwencjonowania kolejnej generacji (NGS, <i>next-generation sequencing</i>) wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu; 3) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym lub nowotwór, w przypadku którego resekcja	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. Entrektytib Zalecana dawka <i>entrektytibu</i> u dorosłych to 600 mg raz na dobę. Zalecana dawka <i>entrektytibu</i> u dzieci i młodzieży to 300 mg/m² raz na dobę, maksymalnie 400 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała do 1,50 m² lub 600 mg na dawkę dobową u pacjentów o powierzchni ciała od 1,51 m² na dobę. 1.2. Larotrektytib	1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia 1) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie obecności nowotworu łitego; 2) potwierdzenie obecności fuzji genu NTRK w materiale tkankowym uzyskanym z nowotworu na podstawie wyniku zwalidowanego testu z zastosowaniem molekularnych metod diagnostycznych; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 8) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 9) elektrokardiografia (EKG); 10) badanie TK lub MR w zależności od sytuacji klinicznej; 11) inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej. 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 <i>entrectynibu</i>; 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 przeciwwskazanie 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 <i>larotrektylibu</i> u dorosłych to 100 mg dwa razy na dobę. Zalecana dawka <i>larotrektylibu</i> u dzieci i młodzieży to 100 mg/m² 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 elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

4. Monitorowanie programu

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

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 <i>entrekty nibem</i> /<i>larotrekty nibem</i> ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
--	--	--

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, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji - wiek 18 lat i powyżej; - stan sprawności 0-2 według skali ECOG; - uprzednio nieleczonej układowej amyloidozie łańcuchów lekkich (AL); - eGFR ≥ 20 ml/min/1,73m² pc.; - stężenie NT-proBNP $\leq 8\,500$ ng/l; - skurczowe ciśnienie krwi ≥ 90 mmHg; - brak niewydolności serca w stopniu IIIB i IV wg klasyfikacji NYHA; - brak przeciwwskazań do stosowania leków (składowych schematu leczenia) zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego; - 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). <u>Daratumumab</u> s.c. w dawce 1800 mg/podanie podawany podskórnym: raz w tygodniu w tygodniach 1-8, co dwa tygodnie w tygodniach 9-24 oraz od 25 tygodnia leczenia co 4 tygodnie. Maksymalny czas leczenia daratumumabem wynosi 24 cykle. <u>Bortezomib</u>: zalecana dawka 1,3 mg/m² pc. podawana podskórnym w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. <u>Cyklofosfamid</u>: zalecana dawka 300 mg/m² pc. podawana doustnie lub dożylnie (dawka maksymalna 500 mg) w dniach 1., 8., 15. i 22. każdego cyklu przez pierwsze 6 cykli. <u>Deksametazon</u>: zalecana dawka 40 mg (lub w zmniejszonej dawce 20 mg u pacjentów: w wieku > 70 lat lub ze wskaźnikiem masy ciała [BMI] <18,5 lub u pacjentów z hiperwoleją, źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją steroidów),	1. Badania przy kwalifikacji - badania potwierdzające diagnozę układowej amyloidozy AL: - wykazanie amyloidu za pomocą barwienia dowolnego materiału tkankowego czerwienią Kongo, - bezpośrednie typowanie amyloidu wykazujące obecność fragmentów łańcuchów lekkich immunoglobulin, - wykazanie monoklonalnego rozrostu plazmacytów 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 plazmacytów w szpiku czy innych tkankach (badanie histopatologiczne lub cytometryczne); - ocena zajęcia narządowego – serce: - oznaczenie stężenia NT-proBNP, - oznaczenie stężenia troponiny T lub troponiny I, - pomiar wartości ciśnienia tętniczego, - badanie echokardiograficzne serca, - elektrokardiografia (EKG), - rezonans magnetyczny serca (jeśli jest wskazany); - 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 umożliwiające 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 <i>daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem, cyklofosfamidem i deksametazonem</i> 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 zbiorce 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 zbiorce moczu. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać po 3 i 6 cyklu leczenia, a następnie przy podejrzeniu utraty odpowiedzi lub progresji, zgodnie z aktualnymi rekomendacjami: 1) oznaczenie stężenia białka M metodą elektroforezy i immunofiksacji białek surowicy i moczu; 2) oznaczenie stężenia i stosunku wolnych łańcuchów lekkich kappa/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 zbiorce moczu, b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, c) oznaczenie klirensu kreatyniny; 6) dodatkowo inne badania w przypadku zajęcia narządu innego niż serce, wątroba lub nerki (jeśli klinicznie uzasadnione); Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona, w miarę możliwości, z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań, który był zastosowany podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia. Wykonane badania muszą pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.
--	--	---

		Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) odpowiedź hematologiczna: – całkowita odpowiedź (CR), – bardzo dobra częściowa odpowiedź (VGPR), – częściowa odpowiedź (PR), – brak odpowiedzi (NR), – progresja choroby (PD), b) odpowiedź narządowa (sercowa, nerkowa, wątrobowa – jeśli dotyczy), c) przeżycie bez progresji choroby (PFS), d) przeżycie całkowite (OS); 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie
--	--	---

		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH NA MAKROGLOBULINEMIĘ WALDENSTRÖMA (ICD-10: C88.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego chorym na makroglobulinemię Waldenströma udostępnia się terapię zanubrutynibem w monoterapii: 1) w 1. linii leczenia u chorych niekwalifikujących się do immunochemioterapii, - albo 2) w 2. i kolejnych liniach leczenia, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 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 nieleczzonego 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 limfoplazmocytozy – w przypadku stosowania zanubrutynibu w 1. 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 stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 6) oznaczenie czasu protrombinowego (PT);

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.		7) badania oceniające zaawansowanie choroby (tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy albo rezonans magnetyczny albo USG jamy brzusznej oraz RTG klatki piersiowej – rodzaj badania do decyzji lekarza) – jeśli nie zostały wykonane w okresie ostatniego 1 miesiąca; 8) badanie przesiewowe w kierunku HBV (HBsAg i HBcAb, a w razie konieczności HBV DNA); 9) elektrokardiografia (EKG); 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Badania wykonywane: 1) raz na miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy leczenia, a następnie co najmniej raz na 3 miesiące: a) morfologia krwi z rozmazem (wzorem odsetkowym krwinek białych), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi, d) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 2) raz na 3 miesiące: a) elektrokardiografia (EKG). 3. Monitorowanie skuteczności leczenia Badania pozwalające na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia należy wykonać zgodnie z aktualnymi rekomendacjami: 1) raz na 3 miesiące – oznaczenie stężenia IgM w surowicy (celem potwierdzenia całkowitej remisji oznaczenie
---	--	---

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.		monoklonalnego białka IgM w surowicy – proteinogram i 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.
--	--	---

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 <i>esketaminą</i> 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 (20-34) lub ciężkim (35-60) wg skali MADRS; 4) przeciwwskazania lub oporność lub brak zgody pacjenta na terapię elektrowstrząsami; 5) potwierdzenie depresji lekoopornej zdefiniowanej jako zaburzenia depresyjne u osób dorosłych, u których nie wystąpiła odpowiedź na co najmniej dwa różne leki przeciwdepresyjne (stosowane w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas, zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego i Konsultanta Krajowego ds. Psychiatrii Dorosłych) w obecnym epizodzie depresji o stopniu nasilenia od umiarkowanego do ciężkiego; 6) nie więcej niż 5 różnych leków przeciwdepresyjnych w bieżącym epizodzie depresji; 7) co najmniej drugi epizod depresji;	1. Dawkowanie W trakcie leczenia esketaminą w ramach programu lekowego leczeniem towarzyszącym jest terapia doustnym lekiem przeciwdepresyjnym z grupy SSRI lub SNRI. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL). 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.	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) uzależnienia od alkoholu, leków nasennych, uspokajających, przeciwbólowych lub narkotyków; 3) badania laboratoryjne służące ocenie wydolności narządowej; 4) badanie poziomu TSH; 5) pomiar ciśnienia krwi; 6) test ciążowy w celu wykluczenia ciąży – w przypadku kobiet w wieku rozrodczym. 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);

8) obecny epizod trwający co najmniej 6 miesięcy wg daty pierwszej wizyty lekarskiej związanej z leczeniem tego epizodu; 9) wykluczenie rozpoznania zaburzeń osobowości typu <i>borderline</i> 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.	Konieczność dalszego leczenia należy okresowo oceniać. 1.2. Pacjenci od 65 roku życia Faza indukcji: – 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) ocena pod kątem rozwoju zachowań lub stanów nadużywania lub niewłaściwego stosowania leku. 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 utrąty 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. 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).		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

LECZENIE CHORYCH NA RAKA ENDOMETRIUM (ICD-10: C54)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie chorych z pierwotnym, zaawansowanym lub nawrotowym rakiem endometrium: I. w I linii leczenia systemowego: 1) dostarlimab w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem a następnie w terapii podtrzymującej dostarlimab w monoterapii; II. w kolejnej linii leczenia systemowego: 1) dostarlimab w monoterapii; 2) pembrolizumab w monoterapii. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia z użyciem immunoterapii. 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) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 2) wiek 18 lat i powyżej; 3) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST;	1. Dawkowanie 1.1. Dostarlimab w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem, a następnie w monoterapii w I linii leczenia Zalecana dawka wynosi 500 mg dostarlimabu w skojarzeniu z karboplatiną (w dawce AUC 5 mg/ml/min) i paklitakselem (w dawce 175 mg/m² pc.) co 3 tygodnie w pierwszych 6 cyklach, a następnie dostarlimab w monoterapii 1000 mg co 6 tygodni (3 tygodnie pomiędzy cyklem 6, a cyklem 7). 1.2. Dostarlimab w monoterapii w kolejnej linii leczenia 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). 1.3. Pembrolizumab w monoterapii w kolejnej linii leczenia	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 trombotoplastyny 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) EKG; 12) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST.

4) wcześniejsze leczenie terapiami hormonalnymi jest dopuszczalne i nie wlicza się do liczby zastosowanych terapii; 5) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 6) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 11) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii dostarlimabem w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem, a następnie w terapii podtrzymującej dostarlimabem w monoterapii 1) potwierdzony histologicznie pierwotnie zaawansowany (wg FIGO 2009) lub nawrotowy raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego (w przypadku postaci mieszanych co najmniej 10% komórek muszą stanowić mięsakoraki, raki jasnokomórkowe lub surowicze);	Zalecana dawka pembrolizumabu u osób dorosłych to zarówno 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni, podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut. Nie dopuszcza się możliwości zamiany leków. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	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) EKG; 10) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania laboratoryjne wykonuje się: <u>w przypadku I linii leczenia systemowego:</u> Dostarlimab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu z chemioterapią) a następnie co 3 miesiące. <u>w przypadku kolejnej linii leczenia systemowego:</u> Dostarlimab – co 3 tygodnie (tzn. przed każdym podaniem dostarlimabu w monoterapii) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące. Pembrolizumab – co 3 lub co 6 tygodni (tzn. przed każdym podaniem, w zależności od wybranego schematu podawania) przez pierwsze 3 miesiące leczenia i następnie co 3 miesiące.
--	--	---

a) po leczeniu operacyjnym w stopniu III-IV z chorobą resztkową: – w stopniu IIIA, IIIB lub IIIC1 z obecnością choroby resztkowej, – w stopniu IIIC2 lub IV bez względu na obecność choroby resztkowej, lub b) niekwalifikujący się do leczenia operacyjnego w stopniu III-IV, lub c) z nawrotem choroby niekwalifikujący się do leczenia radykalnego, u chorych wcześniej nieleczonych chemioterapią, lub d) po terapii neoadjuwantowej lub adjuwantowej, których doszło do progresji choroby po co najmniej 6 miesiącach od zakończenia chemioterapii. 2) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instabilityhigh, MSIH) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu. 1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii dostarlimabem albo pembrolizumebem w monoterapii w kolejnej linii leczenia systemowego 1) potwierdzenie nawrotowego lub zaawansowanego (stadium $\geq$IIIB) raka endometrium o dowolnym typie histologicznym z wykluczeniem mięsaka endometrialnego; 2) brak możliwości zastosowania radykalnego leczenia chirurgicznego lub radioterapii.		2.2. Monitorowanie skuteczności 1) badanie TK lub MR jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała powinny być wykonywane co 3 miesiące przez 12 miesięcy i następnie co 6 miesięcy; 2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie
---	--	---

3) progresja choroby w trakcie lub po zakończeniu wcześniejszego schematu chemioterapii dwulekowej zawierającego platynę; 4) zidentyfikowana obecność upośledzenia naprawy nieprawidłowo sparowanych nukleotydów (ang. mismatch repair deficient, dMMR) lub wysokiej niestabilności mikrosatelitarnej (ang. microsatellite instabilityhigh, MSIH) potwierdzonej z wykorzystaniem zwalidowanego testu. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, z wyjątkiem: 1) stosowania dostarlimabu w skojarzeniu z chemioterapią, a następnie w monoterapii jako leczenia podtrzymującego, może trwać maksymalnie 36 miesięcy. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na dostarlimab albo pembrolizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, potwierdzonej na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym		papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

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.		
---	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAŁ 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 <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 poszczegółnej 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 umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD) 1) rozpoznanie ostrej (stopnia II do IV) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC; 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych: a) progresja choroby w zakresie jakiegokolwiek narządu w ciągu 5 dni od rozpoczęcia stosowania dawki $\geq 2,0$ mg/kg mc., a w przypadku aGvHD w stopniu II przynajmniej 0,5mg/kg mc. metyloprednizolonu lub jego odpowiednika, b) brak odpowiedzi na kortykosteroidy w ciągu 7 dni, c) niecałkowita odpowiedź na leki immunosupresyjne w tym kortykosteroidy po 28 dniach stosowania.		2.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD) 1) badanie wykonywane co 2-4 tygodnie – morfologia krwi; 2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 4 tygodnie: a) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), b) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST), c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej w surowicy krwi; 3) w zależności od sytuacji klinicznej – badania w kierunku zakażeń wirusowych (np. CMV, EBV, BKV, Parwovirus B19 i innych). 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 3.1. w przypadku ostrej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (aGvHD) 1) nie rzadziej niż co 14 dni – ocena stopnia nasilenia objawów aGvHD według kryteriów np. Glucksberga lub MAGIC. 3.2. w przypadku przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD) 1) nie rzadziej niż co 28 dni – ocena stopnia nasilenia objawów cGvHD według kryteriów np. NIH (National Institutes of Health). Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona według tych samych kryteriów dla oceny stopnia nasilenia objawów, które były zastosowane podczas kwalifikowania pacjenta do leczenia i powinna pozwolić na obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.
---	--	---

1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia przewlekłej choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD)

- 1) rozpoznanie przewlekłej (umiarkowanej lub ciężkiej) choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi wg kryteriów np. NIH (National Institutes of Health);
- 2) pacjent po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych, z niewystarczającą odpowiedzią na leczenie kortykosteroidami definiowaną jako jedno z poniższych:
 - a) progresja objawów ciężkiej cGvHD w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce $\geq 1,0$ mg/kg mc, a w przypadku cGvHD umiarkowanej – w dawce $\geq 0,5$ - $1,0$ mg/kg mc. lub odpowiednika przez 2 tygodnie,
 - b) stabilizacja objawów w trakcie przyjmowania metyloprednizolonu w dawce $\geq 0,5$ mg/kg mc. lub odpowiednika przez miesiąc,
 - c) nawrót objawów przy próbie odstawienia metyloprednizolonu lub odpowiednika.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego – dotyczy każdej z terapii w programie.

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, jednak z zastrzeżeniem, iż leczenie trwa maksymalnie do

Kryteria odpowiedzi na leczenie należy stosować według aktualnych rekomendacji.

4. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród:
 - a) w przypadku aGvHD:
 - całkowita odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,
 - częściowa odpowiedź na leczenie w 56. dniu terapii,
 - brak odpowiedzi (NR),
 - b) w przypadku cGvHD:
 - całkowita odpowiedź na leczenie,
 - częściowa odpowiedź na leczenie,
 - brak odpowiedzi (NR),
 - c) przeżycie całkowite (OS);
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

czasu ustąpienia wszystkich objawów choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi z uwzględnieniem czasu potrzebnego do stopniowej redukcji dawki ruksolitynibu po uzyskaniu odpowiedzi na leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi;
- 2) brak jakiegokolwiek odpowiedzi na leczenie po maksymalnie:
 - a) 8 tygodniach w przypadku aGvHD,
 - b) 24 tygodniach w przypadku cGvHD;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.

LECZENIE CHORYCH Z TOCZNIEM RUMIENIOWATYM UKŁADOWYM (TRU, SLE) (ICD-10: M32)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>anifrolumabem</i>, <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) 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 dożylniej 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 zbiorce 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 przeciwwskazane 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 przeciwwskazanie 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 anti-HBc; 19) przeciwciała anti-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 $\geq 0,3$, lub d) poprawa wszystkich wyjściowych ocen A do B/C/D oraz ocen B do C/D w skali BILAG-2004, e) brak pogorszenia w innych układach narządów, f) brak pogorszenia PGA $\geq 0,3$ w skali 0-3, lub		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.		
---	--	--

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 Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 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 ($RSS \geq 2$); 4) stężenie fosforanów w surowicy na czczo poniżej zakresu prawidłowego, odpowiedniego dla wieku (dotyczy pacjentów nieleczonych <i>burosumabem</i>); 5) przerwanie stosowania doustnych fosforanów i aktywnych analogów witaminy D na 1 tydzień przed rozpoczęciem leczenia <i>burosumabem</i>;	1. Dawkowanie leków w programie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Zalecana początkowa dawka <i>burosumabu</i> wynosi 0,8mg/kg masy ciała (dawkę należy zaokrąglić 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 przeciwwskazań 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 Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 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 $\geq 0,5$ 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).
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z POSTĘPUJĄCĄ RODZINNĄ CHOLESTAZĄ WEWNĄTRZWĄTROBOWĄ (PFIC) (ICD-10: K76.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) <i>odewiksybat</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji: 1) kliniczne rozpoznanie PFIC typu 1 lub PFIC typu 2; 2) wiek 6 m.ż. i powyżej; 3) potwierdzenie genetyczne PFIC-1 (w genie <i>ATP8B1</i>) lub PFIC-2 (w genie <i>ABCB11</i>); 4) masa ciała powyżej 5 kg; 5) podwyższone stężenie kwasów żółciowych w surowicy (s-BA) ($\geq 100 \mu\text{mol/l}$); 6) w wywiadzie uporczywy świąd tj. wynik w skali ObsRO ≥ 2 w ciągu 2 tygodni przed włączeniem do programu; 7) nieskuteczność kwasu ursodeoksycholowego oraz brak odpowiedzi na jeden z leków stosowanych w leczeniu świądu u pacjentów z chorobami cholestatycznymi (żywice jonowymienne, fibraty, ryfampicyna, naltrekson);	1. Dawkowanie Dawkowanie <i>odewiksybatu</i> w programie i modyfikacja leczenia – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji. Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu PFIC.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) ocena parametrów czynności wątroby: a) stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids), b) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT), c) aminotransferaza alaninowa (AlAT), d) gamma-glutamylotransferaza (GGTP), e) fosfataza alkaliczna (ALP), f) alfa-fetoproteina (AFP) g) bilirubina całkowita; 2) ocena stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E; 3) ocena międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR); 4) badania obrazowe wątroby wg decyzji lekarza prowadzącego; 5) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby lub oznaczenie wskaźników APRI lub FIB-4; 6) potwierdzenie w badaniach genetycznych PFIC-1 w genie <i>ATP8B</i> lub PFIC-2 w genie <i>ABCB11</i>.

- 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego – dotyczy pacjentów w wieku prokreacyjnym.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

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

2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu

- 1) patologiczne zmiany genu ABCB11, które przewidują całkowity brak funkcji BSEP;
- 2) obecność lub występujące w przeszłości inne rodzaje chorób wątroby, w tym między innymi:
 - a) atrezja dróg żółciowych wszelkiego rodzaju,
 - b) łagodna nawracająca cholestaza wewnątrzwątrobową, na którą wskazuje jakikolwiek wywiad z prawidłowymi SBA,
 - c) podejrzenie lub potwierdzony w badaniach obrazowych rak wątroby lub przerzuty do wątroby,
 - d) histopatologia w biopsji wątroby, która sugeruje alternatywną etiologię cholestazy niezwiązaną z PFIC;
- 3) trwająca lub w historii choroby obecność jakiegokolwiek innej choroby lub stanu, który zakłóca wchłanianie, dystrybucję, metabolizm (w szczególności metabolizm kwasów żółciowych) lub wydalanie leków w jelicie, w tym między innymi nieswoiste zapalenie jelit;

2. Monitorowanie leczenia i bezpieczeństwa

- 1) zaburzenia czynności wątroby:
 - a) okresowe badania czynności wątroby wykonywane co 3 miesiące u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby, w tym:
 - stężenie kwasów żółciowych (TBA; Total bile acids),
 - aminotransferaza asparaginianowa (AspAT),
 - aminotransferaza alaninowa (AlAT),
 - gamma-glutamylotransferaza (GGTP),
 - fosfataza alkaliczna (ALP),
 - bilirubina całkowita,
 - inne badanie w razie wskazań klinicznych;
- 2) biegunka:
 - a) regularne monitorowanie w celu odpowiedniego nawodnienia u pacjentów, u których występuje biegunka;
- 3) ciąża:
 - a) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;
- 4) ocena witamin rozpuszczalnych w tłuszczach:
 - a) kontrolowanie stężenia witamin rozpuszczalnych w tłuszczach.

3. Ocena skuteczności leczenia

Skuteczność leczenia *odewiksybatem* oceniana jest na podstawie:

- 1) stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi – za skuteczne uznaje się leczenie jeśli nastąpi zmniejszenie stężenia kwasów żółciowych w surowicy o co najmniej 70% względem wartości początkowych lub osiągnięcie stężenia $\leq 70 \mu\text{mol/l}$ (28,6 $\mu\text{g/ml}$);

4) trwająca lub przebyta w historii choroby przewlekła (tj. >3 miesiące) biegunka wymagająca podania płynów dożylnych lub interwencji żywieniowej w celu leczenia biegunki lub jej następstw; 5) przebycie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD), który okazał się skuteczny. Ocenę skuteczności zabiegu chirurgicznego powinno się wykonać nie wcześniej niż 4-6 tygodni od zabiegu. W przypadku potwierdzenia nieskuteczności zabiegu chirurgicznego (bez określania kryterium czasu) – możliwe jest zastosowanie leczenia <i>odewiksybatem</i> w zależności od indywidualnej oceny lekarza; 6) wcześniejszy przeszczep wątroby lub przeszczep wątroby zaplanowany w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia; 7) niewyrównana choroba wątroby, koagulopatia, wywiad lub obecność klinicznie istotnego wodobrzusza, krwotoku żylakowego lub encefalopatii; 8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) >1,4; 9) stężenie AlAT w surowicy >10 × górna granica normy (GGN) w badaniu wstępnym; 10) stężenie AlAT w surowicy >15 × GGN w dowolnym momencie w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 11) całkowita bilirubina >10 × GGN w badaniu wstępnym. 3. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu Świadczeniobiorcy z programu.		2) oceny świądu wg skali specyficznej dla schorzenia wg obserwatora (ObsRO) – za skuteczne uznaje się leczenie wówczas gdy ocena świądu stanowi wynik ≤ 1 lub poprawa o co najmniej 1 punkt względem stanu wyjściowego (oceny świądu przeprowadzane są rano i wieczorem, stosując 5-punktową skalę Albireo ObsRO (0–4)); 3) oceny konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby - za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie jest konieczne wykonanie zabiegu chirurgicznego mającego na celu odprowadzenie zewnętrzne/wewnętrzne żółci (typu PIBD, PEBD) lub przeszczepienia wątroby; 4) oceny progresji w zakresie zwłóknienia wątroby metodą elastografii lub APRI lub FIB-4 – za skuteczne uznaje się leczenie w trakcie którego nie dochodzi do progresji zwłóknienia w ocenie lekarza prowadzącego mającego doświadczenie w leczeniu PFIC. Określenie stopnia zwłóknienia wątroby powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Powyższe badania laboratoryjne i obrazowe wykorzystywane do oceny skuteczności leczenia <i>odewiksybatem</i> wykonuje się w 3 oraz 6 miesiącu od rozpoczęcia terapii, a następnie co 3 miesiące. Odpowiedź kliniczna na leczenie <i>odewiksybatem</i>, definiowana jest jako spełnienie jednego z warunków określonych w punktach 1-2, przy jednoczesnym spełnieniu łącznie warunków określonych w punktach 3-4. 4. Monitorowanie programu
--	--	--

Pacjenci, którzy nie wykazują korzyści klinicznych po 6 miesiącach ciągłego leczenia w programie, zgodnie z pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia, zostają z niego wyłączeni. 4. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. 3. Ocena skuteczności leczenia; 2) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) stężenia kwasów żółciowych w surowicy, b) ocena świądu oraz jakości snu w skali ObsRO, c) zmiany stężenia wyszczególnionych w powyższych pkt. parametrów laboratoryjnych, d) konieczność/brak konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego, e) ocena stopnia zwłóknienia wątroby; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z NAPADAMI PADACZKOWYMI W PRZEBIEGU ZESPOŁU STWARDNIENIA GUZOWATEGO (ICD-10: G40)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) <i>kannabidiol</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) rozpoznanie kliniczne zespołu stwardnienia guzowego, w przypadku braku pełnej kontroli napadów padaczkowych z zastosowaniem aktualnie stosowanych leków przeciwpadaczkowych; 3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas); 4) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 5) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL);	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). Maksymalna dawka <u>kannabidiolu</u> to 12,5 mg/ kg mc. podawana 2 x dobę (25 mg/kg mc./dobę).	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu stwardnienia guzowego wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dzienniczkiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. W ramach monitorowania leczenia pacjent prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów: a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu; b) liczba dni bez napadów; c) najdłuższy czas trwania napadu; d) semiologia napadu;

6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 7) brak przeciwwskazań do stosowania <i>kannabidiolu</i> zgodnie z aktualną ChPL; 8) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia <i>kannabidiolem</i>, rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia <i>kannabidiolem</i>; 2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdym kolejnych 3 miesiącach leczenia <i>kannabidiolem</i> rozumianej jako		e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków przerywających napad. 2.2. Po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania <i>kannabidiolu</i> należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. 2.3. Po 4 miesiącach od pierwszego podania <i>kannabidiolu</i> należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności. <u>Wskaźniki efektywności:</u> a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia <i>kannabidiolem</i>; b) liczba dni bez napadów; c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza; d) działania niepożądane. Jeżeli terapia jest kontynuowana: – powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy; – ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące.
---	--	--

nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia <i>kannabidiolem</i> w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia <i>kannabidiolem</i>; 3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka; 4) dodanie nowego leku do schematu leczenia przeciwpadaczkowego w przypadku braku adekwatnej odpowiedzi zgodnie z punktem 3.1. lub 3.2. (nie dotyczy leków stosowanych krótkotrwale do przerywania napadu); 5) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 8) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 9) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 10) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		W przypadku zmiany dawki <i>kannabidiolu</i> powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. 2. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.3.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z ZESPOŁEM LENNOXA-GASTAUTA LUB Z ZESPOŁEM DRAVET (ICD-10: G40.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie jedną z następujących substancji: 1) <i>kannabidiol</i>, 2) <i>fenfluramina</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 2 lata i powyżej; 2) rozpoznanie kliniczne zespołu Lennox-Gastauta lub zespołu Dravet, w którym napady padaczkowe nie są w pełni kontrolowane przez aktualnie stosowane leki przeciwpadaczkowe; 3) brak kontroli napadów pomimo zastosowania co najmniej trzech leków przeciwpadaczkowych, w dotychczasowej terapii (w odpowiedniej dawce przez odpowiedni czas); 4) w przypadku kwalifikacji do terapii kannabidiolem: obecna terapia przeciwpadaczkowa prowadzona z użyciem klobazamu lub równoczesne rozpoczęcie terapii klobazamem w momencie włączenia do programu; 5) prowadzenie dzienniczka napadów padaczkowych w okresie co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami	1. Dawkowanie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL). 1.1. Dawkowanie kannabidiolu <u>Kannabidiol</u> jest wskazany do stosowania w leczeniu napadów padaczkowych związanych z zespołem Lennox-Gastauta (LGS) lub z zespołem Dravet (DS) jako lek wspomagający w skojarzeniu z klobazamem. Maksymalna dawka <u>kannabidiolu</u> to 10 mg/kg mc. podawana 2 x dobę (20 mg/kg mc./dobę). 1.2. Dawkowanie fenfluraminy Maksymalna dawka fenfluraminy to 26 mg (13 mg dwa razy na dobę, tj. 6,0 ml dwa razy na dobę). Fenfluramina objęta jest programem kontrolowanego dostępu, który zapobiega stosowaniu poza wskazaniami rejestracyjnymi do zmniejszania masy ciała u pacjentów otyłych oraz	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1.1. Terapia kannabidiolem: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 1.2. Terapia fenfluraminą: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie echokardiograficzne; 3) pomiar ciśnienia krwi; 4) badania antropometryczne (masa ciała, BMI). Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej na podstawie, której postawiono kliniczne rozpoznanie zespołu Lennox-Gastauta lub zespołu Dravet wraz z historią wcześniejszego leczenia przeciwpadaczkowego i dzienniczkiem napadów padaczkowych z okresu co najmniej 6 miesięcy, na podstawie którego ustala się średnią miesięczną liczbę napadów w okresie ostatnich 6 miesięcy. 2. Monitorowanie leczenia

aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania: a) kannabidiolu oraz klobazamu zgodnie z aktualną ChPL w przypadku kwalifikacji do terapii kannabidiolem, b) fenfluraminy zgodnie z aktualną ChPL w przypadku kwalifikacji do terapii fenfluraminą; 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Zmiana terapii w ramach programu lekowego Zmiana terapii z kannabidiolu na fenfluraminę oraz z fenfluraminy na kannabidiol jest możliwa wyłącznie w przypadku wystąpienia przeciwwskazań zgodnych z aktualną ChPL oraz przy spełnieniu kryteriów kwalifikacji do danej terapii.	ma zapewnić, że przepisujący lek lekarze zostali poinformowani o konieczności okresowej kontroli czynności serca u pacjentów przyjmujących fenfluraminę.	2.1. W ramach monitorowania leczenia pacjent lub jego opiekun prowadzi odpowiedni dzienniczek. Zakres minimalnych wymaganych do oceny parametrów: a) liczba napadów padaczkowych w miesiącu; b) liczba dni bez napadów w miesiącu; c) najdłuższy czas trwania napadu; d) semiologia napadu; e) nazwa, liczba i dawki przyjmowanych leków przerywających napad. 2.2. W przypadku terapii kannabidiolem po 1 miesiącu, po 3 – 4 miesiącach i po 6 – 7 miesiącach od pierwszego podania kannabidiolu należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać co 3 - 6 miesięcy; W przypadku zmiany dawki kannabidiolu powyżej 10 mg/kg mc./dobę należy wznowić pierwotny harmonogram badań kontrolnych, tj. po 1 miesiącu, po 3-4 miesiącach i po 6-7 miesiącach od momentu rozpoczęcia dawkowania powyżej 10 mg/kg mc./dobę - należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej. 2.3. W przypadku terapii fenfluraminą:
---	---	--

Przy zmianie terapii do oceny skuteczności należy wziąć pod uwagę okres przed rozpoczęciem leczenia substancją, która stosowana była przed zmianą.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po pierwszych 4 miesiącach leczenia (± 14 dni), rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w 4 miesiącu leczenia w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia;
- 2) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po każdym kolejnych 3 miesiącach leczenia (± 14 dni) rozumianej jako nieuzyskanie co najmniej 30% redukcji miesięcznej liczby napadów w okresie ostatnich 3 miesięcy leczenia w programie lekowym w porównaniu ze średnią miesięczną z 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających rozpoczęcie leczenia;
- 3) niekorzystny stosunek korzyści do ryzyka;
- 4) dodanie nowego leku do schematu leczenia przeciwpadaczkowego w przypadku braku adekwatnej odpowiedzi zgodnie z punktem 4.1. lub 4.2. (nie dotyczy leków stosowanych krótkotrwale do przerywania napadu);
- 5) zakończenie stosowania klobazamu – dotyczy terapii kannabidiolem;
- 6) ciąża, z wyjątkiem sytuacji, gdy potencjalne korzyści dla matki wyraźnie przewyższają ryzyko dla płodu;
- 7) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 8) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza;

- 1) przez pierwsze dwa lata badanie echokardiograficzne należy wykonywać co 6 miesięcy, następnie co rok;
- 2) badania wykonywane raz w roku:
 - a) morfologia krwi z rozmazem,
 - b) pomiar ciśnienia krwi,
 - c) pomiary antropometryczne (masa ciała, BMI);
- 3) badanie echokardiograficzne należy wykonać 3-6 miesięcy po zakończeniu/przerwaniu terapii z jakiegokolwiek przyczyny.

2.4. Po 4 miesiącach (± 14 dni) od pierwszego podania kannabidiolu lub fenfluraminy należy dokonać oceny skuteczności leczenia na podstawie prowadzonego dzienniczka napadów padaczkowych w oparciu o niżej wskazane wskaźniki efektywności.

Wskaźniki efektywności:

- a) procentowa zmiana miesięcznej liczby napadów padaczkowych z ostatnich 3 miesięcy leczenia [%] w porównaniu z miesięczną liczbą napadów z okresu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia;
- b) liczba dni bez napadów;
- c) poprawa stanu klinicznego pacjenta w ocenie lekarza;
- d) działania niepożądane.

Jeżeli terapia jest kontynuowana ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co 3 miesiące (± 14 dni).

2. Monitorowanie programu

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

9) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiający kontynuację leczenia; 10) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 11) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym brak prowadzenia dzienniczka napadów padaczkowych lub dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności terapii zawartych w punkcie 2.4.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
---	--	---

LECZENIE CHORYCH Z NERWIAKOWŁÓKNIAKAMI SPLOTOWATYMI W PRZEBIEGU NEUROFIBROMATOZY TYPU 1 (NF1) (ICD-10: Q85.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu prowadzona jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Nerwiakowłókniaków Splotowatych u Chorych z Neurofibromatozą Typu 1 (NF1), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) <i>selumetynib</i>; <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek: ≥ 3 i ≤ 18 r.ż.; 2) powierzchnia ciała $\geq 0,55\text{m}^2$; 3) zdolność do połykania całych kapsułek bez niszczenia ich otoczki i wysypywania zawartości; 4) potwierdzone klinicznie lub molekularnie rozpoznanie NF-1 zgodnie z najnowszymi kryteriami konferencji konsensusu NIH-88; 5) objawowy tj. powodujący istotne objawy kliniczne wymagające interwencji medycznej lub zagrożenie dla zdrowia lub życia, nieoperacyjny nerwiakowłókniak splotowaty (PN) co najmniej 3 cm w jednym wymiarze, którego nie można całkowicie usunąć chirurgicznie bez ryzyka znacznych powikłań z powodu	1. Dawkowanie Zalecana dawka <i>selumetynibu</i> wynosi $25\text{mg}/\text{m}^2$ powierzchni ciała, przyjmowana doustnie dwa razy na dobę (co około 12 godzin). Dawka jest ustalana indywidualnie na podstawie powierzchni ciała (mg/m^2) i zaokrąglana do najbliższej dostępnej wartości dawki 5 mg lub 10 mg (do maksymalnej pojedynczej dawki 50 mg). Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL. Każdy cykl leczenia trwa 28 dni.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej; 3) oznaczenie stężenia albuminy; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) ocena aktywności kinazy fosfokreatynowej; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) oznaczenie stężenia hemoglobiny; 8) ocena koagulogramu; 9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 10) ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF): a) wywiad w kierunku występowania zaburzeń czynności lewej komory serca u pacjentów z początkową wartością LVEF poniżej dolnej granicy normy (DGN); b) echokardiografia – ocena LVEF (przed rozpoczęciem leczenia LVEF powinna być wyższa niż DGN); 11) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR (wynik nie starszy niż dwa miesiące); 12) szczegółowe badanie okulistyczne z wykluczeniem obecnej lub przebytej w przeszłości retinopatii surowiczej środkowej,

lokalizacji lub bezpośredniego sąsiedztwa ważnych życiowo struktur anatomicznych, inwazyjności lub bogatego unaczynienia, powodującego określone ryzyko chirurgiczne zabiegu. Świadczeniobiorca, który przeszedł resekcję PN może kwalifikować się do leczenia pod warunkiem, że PN nie został całkowicie wycięty i możliwa jest jego ocena wolumetryczna za pomocą badania rezonansu magnetycznego; 6) stan sprawności: a) dorośli i dzieci w wieku co najmniej 16 lat stan sprawności co najmniej 70% w skali Karnofsky’ego, b) dzieci w wieku poniżej 16 r.ż. co najmniej 70% w skali Lansky’ego; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL); 8) nieobecność istotnych stanów i schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego, w oparciu o aktualną ChPL; 9) brak trwającej terapii przeciwnowotworowej niezależnie od przyczyny, w tym zawłaszcza: radioterapii, chemioterapii, terapii hormonalnej, przeciwnowotworowej immunoterapii lub terapii biologicznej; 10) nieobecność transformacji złośliwej PN do złośliwego guza osłonek nerwów obwodowych (MPNST), w PN o radiologicznych lub klinicznych cechach pobudzenia (tzw. Atypowe PN) na podstawie biopsji i badania histopatologicznego; 11) brak zmian patologicznych w dokładnym badaniu okulistycznym sugerujących odwarstwienie nabłonka		obecnej lub przebytej w przeszłości niedrożności żyły siatkówkowej oraz oceną ciśnienia śródgałkowego (IOP) i wykluczaniem niekontrolowanej jaskry; 13) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała; 14) ocena ryzyka zadławienia kapsułką i zaburzeń połykania. 2. Monitorowanie 2.1. Monitorowanie leczenia pacjentów 1) ocena wolumetryczna PN w badaniu MR; 2) pomiar wzrostu i masy dziecka z określeniem powierzchni ciała (w celu dostosowania dawki leku); 3) echokardiografia - ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF); 4) ocena okulistyczna; 5) badania laboratoryjne dotyczące wątroby: a) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej, b) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginowej, c) oznaczenie stężenia albuminy, d) oznaczenie stężenia bilirubiny; 6) ocena zmian skórnych i zaburzeń tkanki podskórnej; 7) ocena krzepliwości (w tym INR lub czas protrombinowy). Badania wykonuje się: 1) nie rzadziej niż co 6 cykli leczenia; 2) każdorazowo w przypadku wskazań klinicznych albo wyłączenia pacjenta z programu. 2.2. Monitorowanie skuteczności terapii
--	--	--

barwnikowego siatkówki (ang. retinal pigment epithelial detachment, RPED) lub centralną surowiczą retinopatię (ang. central serous retinopathy, CSR) ze zmniejszoną ostrością widzenia oraz jaskrę (nie wlicza się w to zaburzeń widzenia związanych z powikłaniami rozwoju typowych dla NF1 glejaków nerwów wzrokowych lub PN oczodołu); 12) upływanie co najmniej: a) 4 tygodni od ewentualnego leczenia farmakologicznego z powodu PN oraz ustąpienie wszystkich ostrych działań niepożądanych, b) upływanie co najmniej 6 tygodni od zastosowanej radioterapii, c) upływanie co najmniej 4 tygodni od zabiegu chirurgicznego; 13) brak przeciwwskazań do stosowania <i>selumetynibu</i>; 14) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W związku z bezpieczeństwem stosowania leczenie może zostać czasowo wstrzymane zgodnie z zapisami aktualnej ChPL. Pacjenci pełnoletni, którzy rozpoczęli leczenie w programie przed ukończeniem 18 roku życia mogą kontynuować terapię w programie	Na podstawie wyników oceny wolumetrycznej PN w badaniu MR określa się dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: 1) całkowitą odpowiedź (CR) rozumianą jako brak obecności wybranego do oceny PN; 2) odpowiedź częściową (PR) rozumianą jako zmniejszenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową. PR uznaje się za niepotwierdzony przy pierwszym wykryciu, potwierdzony po ponownym zaobserwowaniu w kolejnym wolumetrycznym MR; 3) chorobę stabilną (SD) rozumianą jako niewystarczającą zmianę objętości wybranego do oceny leczenia PN w stosunku do wartości wyjściowej, aby kwalifikować się do PR lub progresji choroby; 4) progresję choroby (PD) rozumianą jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR; 5) jakość życia wg kwestionariusza PedsQL; 6) ocena nasilenia bólu wg NRS-11 (ang. Numerical Rating Scale) oraz PII (ang. Pain Interference Index). Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku, określając przy tym: 1) czas do progresji (PFS); 2) całkowity odsetek odpowiedzi w programie lekowym (ORR); 3) wskaźnik wzrostu PN (ang. PN growth rate).
--	--

pod warunkiem ustalenia przewagi korzyści nad ryzykiem w ocenie lekarza prowadzącego zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz na podstawie wskaźników odpowiedzi na leczenie opisanych w pkt. 2.2 Monitorowanie skuteczności terapii.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak korzyści klinicznych lub progresja choroby, rozumiana jako zwiększenie objętości wybranego do oceny leczenia PN o 20% lub więcej w porównaniu z wartością wyjściową, potwierdzone w kolejnym wolumetrycznym MR;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na *selumetynib* lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) wystąpienie zagrażającej życiu lub nawrotowej toksyczności mimo zastosowania adekwatnego postępowania, zgodnie z zasadami zawartymi w aktualnej ChPL;
- 4) klinicznie istotne pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub utrzymujący się stan sprawności:
 - a) niższy niż 70% według skali Karnofsky'ego w przypadku dorosłych i dzieci mających co najmniej 16 lat,
 - b) niższy niż 70% według skali Lansky'ego w przypadku dzieci poniżej 16 lat;
- 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia *selumetynibem* ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym wskaźników wymienionych w pkt. 2.2., z częstotliwością zgodną z opisem programu;
- 3) kliniczne przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

LECZENIE CHORYCH Z ZAPALENIEM NOSA I ZATOK PRZYNOSOWYCH Z POLIPAMI NOSA (ICD-10: J32, J33)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>dupilumabem</i>, 2) <i>mepolizumabem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria: 1) wiek ≥ 18 lat; 2) potwierdzone zapalenie typu 2: tkankowa eozynofilia ≥ 10/wpw lub eozynofilia we krwi ≥ 150, lub IgE całkowite ≥ 100; 3) ciężkie przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych: a) obustronne polipy nosa (potwierdzone badaniem endoskopowym) – wynik w skali NPS ≥ 5, b) wynik w skali SNOT-22 ≥ 40; 4) brak kontroli choroby stwierdzonej przez lekarza prowadzącego mimo stosowania kortykosteroidów ogólnoustrojowych lub przeciwwskazania do ich zastosowania (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023); 5) co najmniej 2 zabiegi chirurgiczne zatok przynosowych z otwarciem co najmniej 3 zatok w tym sitowia tylnego (zatoki	1. Dawkowanie 1.1. dupilumab Dawka początkowa zalecana i jednocześnie maksymalna dupilumabu u dorosłych pacjentów to podanie 300 mg. Następnie dawka podtrzymująca zalecana i jednocześnie maksymalna to podanie 300 mg co dwa tygodnie. 1.2. mepolizumab Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka mepolizumabu to 100 mg podawane podskórnym raz na 4 tygodnie. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną.	1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu: 1) badanie tomografii komputerowej zatok wykonane maksymalnie na 6 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego; 2) ocena wielkości polipów nosa w skali NPS w badaniu endoskopowym (aktualny wynik- ważności badania maksymalnie 4 tygodnie); 3) ocena jakości życia przy wykorzystaniu testu SNOT-22; 4) pomiar eozynofilii tkankowej lub eozynofilii we krwi lub całkowitego stężenia IgE (aktualne wyniki- ważność badań maksymalnie 4 tygodnie); 5) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;

sitowej tylnej) udokumentowane w wywiadzie (ostatni zabieg wykonany co najmniej 6 miesięcy przed włączeniem do programu) lub przeciwwskazania do operacji zgodnymi z obowiązującymi przeciwwskazaniami do zabiegu chirurgicznego w PZZPzPN (kwestionariuszem kwalifikacji do zabiegu); 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 9) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Czas leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. W przypadku zajścia w ciążę leczenie dupilumabem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz	3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię zapalenia nosa i zatok przynosowych danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	7) ocena nasilenia objawów w skali NPS (w oparciu o wyniki badania endoskopowego) oraz SNOT-22; 8) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych; 9) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2. Monitorowanie leczenia Po 24 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej, a następnie po 4 miesiącach należy wykonać: 1) morfologię krwi z rozmazem i badania biochemiczne: a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi, b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi, c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP), d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT), e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu; 3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA2023) wg: a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym, b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe, c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22, d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;
--	---	--

może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

Stosowanie mepolizumabu u kobiet w ciąży należy rozważać jedynie wtedy, gdy oczekiwana korzyść dla matki przewyższa potencjalne ryzyko dla płodu. W przypadku zajścia w ciążę lekarz może zdecydować o zawieszeniu terapii mepolizumbem. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) brak skuteczności, ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta, rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z kryteriów:
 - obniżenie wyniku w skali NPS o ≥ 1 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem albo mepolizumabem),
 - obniżenie wyniku w skali SNOT-22 o $\geq 8,9$ pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia dupilumabem albo mepolizumabem),
 - redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,
 - zmniejszenia wpływu chorób współistniejących;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 4) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;

3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa

Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 4 miesiące:

- 1) morfologię krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
 - a) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi,
 - b) oznaczenie stężenia mocznika w surowicy krwi,
 - c) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP),
 - d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT),
 - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST);
- 2) ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 3) ocenę skuteczności zastosowanej terapii (zgodnie z zaleceniami EUFOREA 2023) wg:
 - a) redukcji wielkości polipów nosa na podstawie skali NPS w badaniu endoskopowym,
 - b) redukcji zapotrzebowania na kortykosteroidy ogólnoustrojowe,
 - c) poprawy jakości życia na podstawie skali SNOT-22,
 - d) zmniejszenia wpływu chorób współistniejących.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii. Opisane powyżej

5) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

LECZENIE CHORYCH Z UOGÓLNIONĄ POSTACIĄ MIASTENII (G.70.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie następującymi substancjami: 1) <i>rytuksymab</i>, 2) <i>efgartigimod alfa</i>, 3) <i>rawulizumab</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek: 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie miastonii uogólnionej (myasthenia gravis, MG), według Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA): klasa II, III lub IV; 3) całkowity wynik w skali MG-działania życia codziennego (MG-ADL) ≥ 5, w tym minimum 50% uzyskanych punktów z objawów pozaocznych; 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 5) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią;	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. 1. Dawkowanie rytuksymabu <u>Leczenie inicjujące:</u> Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.): a) 375 mg/m² pow. ciała podawana co tydzień przez 4 kolejne tygodnie, lub b) dwie dawki po 1 g w odstępie 2 tygodni. <u>Leczenie podtrzymujące:</u> Maksymalna dawka rytuksymabu (i.v.): a) 375 mg/m² pow. ciała, lub b) 500 mg. podawane w odstępach minimum 6 miesięcy.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) ocena stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wraz z określeniem wartości w punkcie początkowym; 2) w przypadku braku wcześniejszego wyniku oznaczenie statusu serologicznego miastonii; 3) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 5) morfologia krwi z rozmazem; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny; 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; <u>dotyczy terapii rytuksymabem:</u> 8) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM; 9) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20; 10) badanie CRP; 11) test na obecność HBsAg; 12) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV; 13) badanie ogólne moczu; 14) test Quantiferon;

1.1. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do terapii rytuksymabem 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR, ARAB) lub dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko białku związanemu z receptorem lipoproteiny o niskiej gęstości 4 (anty-LRP4) lub dodatni wynik przeciwciał przeciwko swoistej dla mięśni kinazie tyrozynowej (MuSK) lub w przypadku pacjentów seronegatywnych stwierdzenie zaburzeń transmisji nerwowo-mięśniowej wykazane w przeszłości lub obecnie w badaniu metodą elektrostymulacyjnej próby męczliwości (próbie miastenicznej) lub elektromiografii pojedynczego włókna mięśniowego (SFEMG) 2) w przypadku pacjentów z uogólnioną miastenią MuSK-dodatnią rytuksymab można zastosować jako opcję terapeutyczną jeśli ich odpowiedź na immunoterapię jest niezadowalająca, tj. odpowiada nasileniu objawów jak w pkt. 1. 3) w przypadku pacjentów AChR-dodatnich, LRP4-dodatnich lub seronegatywnych wysoka aktywność choroby, stwierdzona na podstawie spełnienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów: a) u pacjentów w pierwszym roku po zachorowaniu utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie ($MGFA \geq IIb$) pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego, b) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie ($MGFA \geq IIa$) i ciężkie zaostrzenie/przełom miasteniczny w ciągu poprzedniego roku pomimo	W uzasadnionych klinicznie przypadkach możliwe jest zastosowanie dawki inicjującej. 2. Dawkowanie efgartigimodu alfa Zalecana dawka to 10 mg/kg masy ciała w postaci wlewu dożylnego podawanego w cyklach raz w tygodniu przez 4 tygodnie. Kolejny cykl leczenia należy stosować zgodnie z oceną kliniczną. Częstotliwość cykli leczenia może się różnić w zależności od pacjenta przy czym najwcześniejszy czas rozpoczęcia kolejnego cyklu leczenia wynosi 7 tygodni od pierwszego wlewu w poprzednim cyklu. 3. Dawkowanie rawulizumabu a) maksymalna dawka nasycająca to 3000 mg podana w infuzji dożylnej, b) maksymalna dawka podtrzymująca to 3600 mg podana w infuzji dożylnej. Pierwszą dawkę podtrzymującą należy podać 2 tygodnie po dawce nasycającej, a kolejne dawki podtrzymujące należy podawać w infuzji dożylnej co 8 tygodni.	15) badanie EKG; 16) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV, Quantiferon konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych; 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Każdorazowo przed podaniem rytuksymabu należy wykonać: 1) oznaczenie stężenia immunoglobulin IgG, IgM; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 3) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie poziomu limfocytów B CD19/CD20; 6) badanie CRP; 7) test na obecność HBsAg; 8) oznaczenie poziomu przeciwciał anty-HBs, anty-HBc, anty-HCV; 9) badanie ogólne moczu; 10) test ciążowy; 11) badanie EKG; 12) w przypadku pozytywnego wyniku testu na obecność HBsAg, anty-HBc, anty-HCV konsultacja u specjalisty chorób zakaźnych. Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL wykonuje się co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie co 6 miesięcy. 2.2. Przed rozpoczęciem cyklu leczenia efgartigimodem alfa należy
--	--	---

odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego, c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA$\geq$IIa) przez co najmniej 2 poprzednie lata pomimo odpowiedniego leczenia objawowego i immunosupresyjnego; 4) brak przeciwwskazań do stosowania rytuksymabu zgodnie z aktualną ChPL; 5) u pacjentów seronegatywnych (bez AChRAb, MuSKAb, LRP4Ab) brak podstaw do rozpoznania genetycznie uwarunkowanego wrodzonego zespołu miastenniczego lub zespołu miastenniczego Lamberta-Eatona Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.1. muszą być spełnione łącznie. 1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia efgartigimodem alfa 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR); 2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastonii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano: a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy		wykonać: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) morfologię krwi z rozmazem. Maksymalnie 12 tygodni po rozpoczęciu pierwszego cyklu leczenia konsultacja neurologiczna z oceną konieczności podania drugiego cyklu leczenia. Oceny skuteczności leczenia na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL dokonuje się po drugim i każdym kolejnym cyklu leczenia. Ocenę skuteczności leczenia należy wykonać po co najmniej 8 tygodniach od rozpoczęcia cyklu leczenia jednak nie później niż po 12 tygodniach. 2.3. Przed podaniem rawulizumabu należy wykonać następujące badania: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny; 4) morfologia krwi z rozmazem. Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia nasilenia choroby przy wykorzystaniu kwestionariusza MG-ADL należy wykonać co 4 miesiące w pierwszym roku leczenia a następnie co 6 miesięcy. 3. Monitorowanie programu 1) ocena skuteczności:
---	--	---

c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie ($MGFA \geq IIa$) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia efgartigimodem lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii, lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) brak przeciwwskazań do stosowania efgartigimodu alfa zgodnie z aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.2. muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia efgartigimodem alfa spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 1.3. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do leczenia rawulizumabem 1) dodatni wynik badania na obecność przeciwciał przeciwko receptorowi acetylocholino (AChR); 2) pacjenci objawowi pomimo leczenia miastonii i w historii interwencji farmakologicznych odnotowano: a) leczenie immunosupresyjne kortykosteroidami doustnymi przez co najmniej 6 miesięcy, w tym co najmniej 3 miesiące		a) wskaźniki efektywności: - zmiana wyniku w skali MG-ADL w stosunku do wartości w punkcie początkowym; 2) ocena bezpieczeństwa a) monitorowanie działań niepożądanych; 3) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 4) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) wynik w skali MG-ADL w punkcie początkowym, b) wynik w skali MG-ADL podczas oceny skuteczności; 5) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	--

w dawce dobowej odpowiadającej co najmniej 30 mg prednizonu b) stosowanie dwóch leków z klasy niesteroidowych leków immunosupresyjnych, w tym jeden przez co najmniej 12 m-cy, drugi co najmniej 6 m-cy c) utrzymujące się objawy istotnie utrudniające codzienne funkcjonowanie (MGFA$\geq$IIa) i ciężkie zaostrzenie wymagające terapii ratunkowej (IVIg lub plazmaferezy) / przełom miasteniczny w ciągu roku poprzedzającego rozpoczęcie leczenia rawulizumabem, lub udokumentowane przeciwwskazania do stosowania w/w terapii, lub brak tolerancji w/w terapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego; 3) brak przeciwwskazań do stosowania rawulizumabu zgodnie z aktualną ChPL; 4) wykonanie szczepienia przeciw meningokokom, a w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa. Kryteria kwalifikacji w punkcie 1 oraz 1.3. muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia rawulizumabem spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		
---	--	--

2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu lekowego, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu lekowego określonymi w punkcie 3.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) w przypadku terapii rytuksymabem brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym oceniane co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie do 6 miesięcy;
- 2) w przypadku terapii efgartigimodem alfa brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym cyklu leczenia, utrzymującej się przez co najmniej 4 kolejne tygodnie;
- 3) w przypadku terapii rawulizumabem brak skuteczności terapii definiowanej jako brak co najmniej 2-punktowej redukcji całkowitego wyniku w skali MG-ADL w porównaniu z punktem początkowym oceniane co 4 miesiące w pierwszym roku leczenia, a następnie co 6 miesięcy;
- 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają kontynuację leczenia;
- 6) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia;

7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia. 4. Zmiana leczenia Zmiana terapii z efgartigimodu alfa na rawulizumab oraz z rawulizumabu na efgartigimod alfa jest możliwa w przypadku: 1) wystąpienia przeciwwskazań zgodnych z aktualną ChPL; 2) braku skuteczności opisanej w pkt. 3.; przy założeniu spełnienia kryteriów kwalifikacji do danej terapii. Przy zmianie terapii do oceny skuteczności należy wziąć pod uwagę okres przed rozpoczęciem leczenia substancją, która stosowana była przed zmianą.		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z NIEDOBOREM KWAŚNEJ SFINGOMIELINAZY (ASMD) TYPU A/B i B (ICD-10: E75.241, E75.244)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie olipudazą alfa zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1.1. Dzieci: - wiek < 18. roku życia; - rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym; - objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) ≥ 5 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI);	1. Dawkowanie Sposób podawania, oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Zalecane dawkowanie: 1.1. Dawkę olipudazy alfa ustala się na podstawie rzeczywistej masy ciała u pacjenta ze wskaźnikiem masy ciała (BMI, ang. Body Mass Index) ≤ 30 lub optymalnej masy ciała u pacjenta z BMI > 30. 1.2. Zalecana dawka początkowa olipudazy alfa wynosi 0,1 mg/kg mc. dla dorosłych, a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki: I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,1 mg/kg mc., II dawka (Tydzień 2) 0,3 mg/kg mc., III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc., IV dawka (Tydzień 6) 0,6 mg/kg mc., V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc., VI dawka (Tydzień 10) 1 mg/kg mc.,	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia - badanie aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy; - analiza genu SMPD1; - badanie poziomu biomarkera Lyso- sphingomyelin; - badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenu węgla (DLco) – u pacjentów w wieku ≥ 18. roku życia; - badanie aktywności chitotriozydazy; - morfologia krwi z rozmazem; - oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT); - oznaczenie czasu protrombinowego (INR); - oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i sprzężonej; - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); - oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); - oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; - lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL; - badanie USG i MRI jamy brzusznej, z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony i wątroby;

4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL; 7) zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta; Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. 1.2. Dorośli: 1) wiek ≥ 18. roku życia; 2) rozpoznanie ASMD typu A/B lub B na podstawie braku lub niedoboru aktywności enzymu kwaśnej sfingomielinazy, potwierdzone badaniem genetycznym; 3) objętość śledziony lub jej fragmentu (u pacjentów z częściową splenektomią) ≥ 6 wielokrotności objętości prawidłowej mierzonej za pomocą rezonansu magnetycznego (MRI); 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) brak ostrych lub szybko postępujących objawów neurologicznych związanych z ASMD; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL; 7) zdolność dyfuzyjna płuc dla tlenu węgla (DLco) $\leq 70\%$ przewidywanej wartości prawidłowej; Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających	VII dawka (Tydzień 12) 2 mg/kg mc., VIII dawka (Tydzień 14) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca). 1.3. Zalecana dawka początkowa <i>olipudazy alfa</i> dla dzieci i młodzieży wynosi 0,03 mg/kg mc., a następnie dawkę należy zwiększyć zgodnie ze schematem zwiększania dawki: I dawka (Dzień 1/Tydzień 0) 0,03 mg/kg mc., II dawka (Tydzień 2) 0,1 mg/kg mc., III dawka (Tydzień 4) 0,3 mg/kg mc., IV dawka (Tydzień 6) 0,3 mg/kg mc., V dawka (Tydzień 8) 0,6 mg/kg mc., VI dawka (Tydzień 10) 0,6 mg/kg mc., VII dawka (Tydzień 12) 1 mg/kg mc., VIII dawka (Tydzień 14) 2 mg/kg mc., IX dawka (Tydzień 16) 3 mg/kg mc. (zalecana dawka podtrzymująca). 1.4. Etap leczenia podtrzymującego: Zalecana dawka podtrzymująca wynosi 3 mg/kg mc. co 2 tygodnie 1.5. Pacjenci z BMI > 30: U dorosłych oraz dzieci i młodzieży ze wskaźnikiem masy ciała (BMI) > 30, masa ciała stosowana w celu obliczenia dawki <i>olipudazy alfa</i> jest szacowana na podstawie następującej metody (dla etapu zwiększania dawki i leczenia podtrzymującego). Masa ciała (kg) stosowana do obliczenia dawki = $30 \times (\text{wzrost w m})^2$.	15) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT; 16) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania); 17) pomiary antropometryczne (masa i wysokość/długość ciała); 18) elektrokardiografia (EKG); 19) badanie densytometryczne kości (DEXA) – opcjonalnie uzasadnionych przypadkach; 20) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego); 21) konsultacja neurologiczna; 22) konsultacja pulmonologiczna (w uzasadnionych przypadkach). 2. Monitorowanie leczenia 2.1. badania wykonywane co najmniej co 6 miesięcy: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) parametry czynności wątroby (aminotransferaza alaninowa (ALT), aminotransferaza asparaginianowa (AST), bilirubina całkowita); 3) pomiary antropometryczne (masa i wysokość ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania); u dorosłych pacjentów tylko masa ciała; 4) stosowne do wieku oceny neurologiczne i rozwojowe (u dzieci). 2.2. badania wykonywane po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy: 1) badanie MRI i USG jamy brzusznej, z oceną objętości (z podaniem wymiarów) śledziony i wątroby - badania
---	--	---

badan klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą i/lub karmieniem piersią które w momencie wyłączenia nie spełniały pozostałych kryteriów wyłączenia. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt. 3. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. 3. Kryteria wyłączenia 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny rozumiany jako: brak zmniejszenia objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% w porównaniu z wielkością narządu ocenioną na wizycie kwalifikującej do leczenia (stwierdzone w badaniu MRI) w okresie pierwszych 12 miesięcy leczenia, w porównaniu do wartości wyjściowych – zmniejszenie objętości śledziony lub wątroby o co najmniej 30% względem wartości określonej przy kwalifikacji pacjenta, musi być potwierdzone na każdej kolejnej wizycie monitorującej leczenie tj. co 6 miesięcy po pierwszych 12 miesiącach leczenia; 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia; 3) wystąpienie objawów ciężkiej nadwrażliwości na lek;		obligatoryjne po 12 miesiącach terapii, a następnie co 6 miesięcy terapii – USG obligatoryjne, natomiast MRI jedynie w przypadku stwierdzenia zwiększenia objętości śledziony lub wątroby w badaniu USG sugerujące możliwość spełnienia kryterium wyłączenia pkt. 1; 2) badanie poziomu biomarkera Lyso-sphingomyelin; 3) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, triglicerydów, cholesterolu frakcji LDL i HDL; 4) elektrokardiografia (EKG); 5) badanie RTG płuc lub w uzasadnionych przypadkach HRCT – w uzasadnionych przypadkach; 6) spirometria (u pacjentów współpracujących, jeżeli istnieje możliwość wykonania badania) - w uzasadnionych przypadkach; 7) badanie densytometryczne kości (DXA) – w uzasadnionych przypadkach; 8) badanie RTG (MRI w uzasadnionych przypadkach) kości długich - w uzasadnionych przypadkach; 9) konsultacja neurologiczna; 10) konsultacja pulmonologiczna - w uzasadnionych przypadkach; 11) konsultacja ortopedyczna - w uzasadnionych przypadkach. 3. Ocena skuteczności leczenia 3.1. Wskaźniki efektywności leczenia: a) zmiana objętości śledziony i wątroby (w MRI oraz USG i w %), b) poprawa obrazu płuc w RTG lub HRCT – jeśli dotyczy.
---	--	---

4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultraradkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy; 5) okres ciąży i karmienie piersią; 6) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego.		3.2. Oczekiwane korzyści zdrowotne (wartości dla wskaźników efektywności: a) zmniejszenie objętości wątroby i śledziony u pacjentów leczonych olipudazą alfa, b) zmniejszenie objawu „mlecznego szkła” i zmniejszenie wyniku ILD – jeśli dotyczy. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punktach 3.1. oraz 3.2.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowej do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

LECZENIE CHORYCH NA RAKA SZYJKI MACICY (ICD-10: C53)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie pacjentek na przetrwałego, nawrotowego lub przerzutowego raka szyjki macicy przy wykorzystaniu substancji czynnych: 1) pembrolizumab w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu w I linii leczenia systemowego; 2) cemiplimab w monoterapii w II albo III linii leczenia systemowego po chemioterapii lub chemioterapii z bewacyzumabem. W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia z użyciem immunoterapii. 1. Kryteria kwalifikacji 1) rozpoznanie histologiczne raka gruczołowego lub gruczołowo-płaskonabłonkowego lub płaskonabłonkowego; 2) przetrwały, nawrotowy lub przerzutowy rak szyjki macicy niekwalifikujący się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii; 3) brak wcześniejszego leczenia chemioterapią ogólnoustrojową, za wyjątkiem zastosowania jej równocześnie jako środka uwrażliwiającego na promieniowanie jonizujące (w przypadku	1. Dawkowanie 1.1. Pembrolizumab Pembrolizumab stosowany w skojarzeniu z paklitakselem i cisplatyną lub z paklitakselem i karboplatiną, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu. Zalecana dawka pembrolizumabu: 200 mg co 3 tygodnie lub 400 mg co 6 tygodni. Chemioterapia: paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m² pc. albo paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + cisplatyna w dawce 50 mg/m² pc.+ bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc., albo paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min., albo	1. Badania przy kwalifikacji 1) histologiczne potwierdzenie określonego typu raka szyjki macicy; 2) potwierdzenie zvalidowanym testem ekspresji PD-L1 wg CPS (w przypadku leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu); 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 8) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 9) oznaczenie czasu częściowej tromboplastyny lub czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 10) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 11) badanie ogólne moczu; 12) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 13) elektrokardiogram (EKG); 14) pomiar ciśnienia tętniczego;

leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu); 4) progresja choroby w trakcie lub po chemioterapii opartej na związkach platyny (w przypadku leczenia cemiplimab w monoterapii); 5) potwierdzona ekspresja PD-L1 z CPS (combined positive score) ≥ 1, oznaczona zwalidowanym testem (w przypadku leczenia pembrolizumabem w skojarzeniu z chemioterapią, z bewacyzumabem lub bez bewacyzumabu); 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według aktualnej klasyfikacji RECIST; 7) wiek powyżej 18 roku życia; 8) stan sprawności 0-1 według skali ECOG; 9) nieobecność objawowych przerzutów do OUN; 10) nieobecność innych nowotworów niekontrolowanych leczeniem; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiająca w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 12) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 13) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 14) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 15) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.	paklitaksel w dawce 175 mg/m² pc. + karboplatyna 5 mg/ml/min + bewacyzumab w dawce 15 mg/kg mc. 1.2. Cemiplimab Zalecana dawka cemiplimabu wynosi 350 mg co 3 tygodnie (Q3W), podawana we wlewie dożylnym przez 30 minut. 2. Modyfikacja dawkowania leków Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.	15) badanie obrazowe (tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy lub inne badanie w zależności od sytuacji klinicznej); 16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kreatyniny i klirensu kreatyniny; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej; 5) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 6) oznaczenie INR i czasu protrombinowego (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 7) badanie czasu częściowej tromboplastyny po aktywacji (w przypadku leczenia skojarzonego z bewacyzumabem); 8) oznaczenie stężenia TSH, fT3 i fT4; 9) badanie ogólne moczu; 10) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Badania wykonuje się przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu terapii. 2.2. Monitorowanie skuteczności
--	---	--

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 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub substancję pomocniczą; 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST, w sytuacji wątpliwej, a gdy stan pacjentki jest stabilny klinicznie, możliwe jest kontynuowanie leczenia, aż do potwierdzenia progresji w następnym badaniu obrazowym wykonanym w ciągu 4 do 8 tygodni; 3) obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według skali ECOG; 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;		W celu monitorowania skuteczności leczenia wykonywane są badania obrazowe konieczne do oceny zmian według aktualnie obowiązujących kryteriów RECIST: tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy lub inne w zależności od sytuacji klinicznej. Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia. Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji
---	--	--

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.		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 PACJENTEK Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ OSTEOPOROZY POMENOPAUZALNEJ (ICD-10: M80.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>romosozumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowane są kobiety ze zdiagnozowaną pomenopauzalną osteoporozą pierwotną spełniające wszystkie kryteria ogólne (1.1) oraz jedno z kryteriów szczegółowych (1.2). 1.1. Ogólne kryteria kwalifikacji - wiek ≥ 60 lat; - adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiające bezpieczne rozpoczęcie terapii; - nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych, stanowiących przeciwwskazanie w oparciu o aktualną ChPL; - wykluczenie nadwrażliwości na <i>romosozumab</i> lub którąkolwiek substancję pomocniczą.	1. Dawkowanie Zalecana dawka <i>romosozumabu</i> wynosi 210 mg raz w miesiącu przez 12 miesięcy. Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia - badanie densytometryczne zlecone przez lekarza kwalifikującego; - badanie RTG w wywiadzie potwierdzające złamania opisane w pkt. 1.2.1) i 1.2.2). kryteriów kwalifikacji, na podstawie którego lekarz prowadzący potwierdza charakter i lokalizację złamania; - stężenie wapnia i fosforu w surowicy; - oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; - stężenie PTH w surowicy; - stężenie albuminy w surowicy; - morfologia krwi; - odczyn Biernackiego (OB); - aminotransferaza asparaginianowa (AspAT); - aminotransferaza alaninowa (AlAT); - stężenie kreatyniny; - badanie ogólne moczu. 2. Monitorowanie leczenia - co 3 miesiące lub wg wskazań klinicznych:

1.2. Szczegółowe kryteria kwalifikacji 1) udokumentowany T-score $\leq -3,0$ (pomiar bliższego końca kości udowej lub części lędźwiowej kręgosłupa) oraz udokumentowane przynajmniej jedno wcześniejsze złamanieiskoenergetyczne w wywiadzie w lokalizacji głównej; 2) T-score $\leq -2,5$ (pomiar bliższego końca kości udowej lub części lędźwiowej kręgosłupa) oraz udokumentowane złamanie, które nastąpiło w ciągu ostatnich 12 miesięcy w bliższym końcu kości udowej lub kręgow oraz udokumentowane przynajmniej jedno wcześniejsze złamanieiskoenergetyczne w wywiadzie w lokalizacji głównej. Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki wymagające kontynuacji leczenia, które były leczone substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniały kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Ponadto do programu lekowego kwalifikowane są również pacjentki ze złamaniami osteoporotycznymi, u których (w oparciu o opinię lekarza prowadzącego) ze względu na stan kliniczny, brak jest możliwości wyznaczenia T-score lub interpretacji wyniku. 2. Określenie czasu leczenia w programie 1) leczenie romosumabem może trwać maksymalnie 12		a) stężenie wapnia w surowicy; W przypadku objawów wskazujących na hipokalcemię oraz u chorych z czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu hipokalcemii zalecane są dodatkowe pomiary wapnia oraz uzupełnienie jego niedoborów; 2) w 6 i 12 miesiącu od rozpoczęcia terapii: a) badanie densytometryczne i ocena T-score, b) wywiad w kierunku występowania złamań. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnych za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 2.2.; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

miesiący; 2) lekarz prowadzący może w każdym momencie przerwać bądź zakończyć leczenie zgodnie ze swoją wiedzą medyczną; 3) do programu może być ponownie włączona pacjentka, u której przerwano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, z uzasadnionych i udokumentowanych przez lekarza prowadzącego przyczyn i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną jest uzasadniony. Maksymalny czas przerwania leczenia wynosi 1 miesiąc. Leczenie <i>romosozumabem</i> w ramach programu lekowego zostanie wydłużone o ten czas. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako: a) spadek BMD o 4,4% dla kręgow, 5,2% dla szyjki kości udowej po 6 miesiącach od rozpoczęcia terapii, w porównaniu z wynikami przed leczeniem; 2) wystąpienie chorób lub stanów, które uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą bądź toksyczności uniemożliwiającej kontynuację leczenia; 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy, w tym		
--	--	--

zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z ROPNYM ZAPALENIEM APOKRYNOWYCH GRUCZOŁÓW POTOWYCH (HS) (ICD-10: L 73.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>sekukinumabem</i>, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u> 1. Kryteria kwalifikacji Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria: 1) pacjenci w wieku ≥ 18 lat; 2) obecność czynnej umiarkowanej lub ciężkiej postaci hidradenitis suppurativa definiowanej jako: a) występowanie co najmniej 5 zmian zapalnych w postaci ropni lub guzków zapalnych w co najmniej dwóch lokalizacjach (co najmniej 1 lokalizacja w II lub III stopniu Hurley), lub b) nasilenie choroby w skali IHS4$\geq$4, u pacjentów, którzy przestali reagować na leczenie ogólne lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego, zgodnie z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami leczenia HS; 3) pacjenci, u których uzyskano ocenę jakości życia ze wskaźnikiem DLQI większym niż 10;	1. Dawkowanie Maksymalna dawka początkowa sekukinumabu to 300 mg, podawane w tygodniu 0., 1., 2., 3. i 4; Maksymalna dawka podtrzymująca sekukinumabu to 300 mg co miesiąc. Na podstawie odpowiedzi klinicznej dawkę podtrzymującą można zwiększyć do 300 mg co 2 tygodnie. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe. Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z punktami monitorowania leczenia. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego. Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku oraz rozpoznawania działań	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) test QuantiFERON – TB; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 6) stężenie kreatyniny w surowicy; 7) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej; 8) obecność antygenu HBs; 9) przeciwciała anty-HCV; 10) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo); 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją); 13) EKG. 2. Monitorowanie leczenia Po 16 tygodniach (+/- 14 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

4) w przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego leku, którym odbywa się leczenie w programie lekowym; 5) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących 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. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Czas leczenia w programie 1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia; 2) w przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku; 3) do programu mogą być ponownie włączone pacjentki, które zostały wyłączone z programu w związku z ciążą, a w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 16 tygodniach terapii rozumianej jako co najmniej 50% redukcja	niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia. Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię hidradenitis suppurativa danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	1) morfologię krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) stężenie kreatyniny w surowicy; 6) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników: a) ocenę liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) i wzrostu liczby ropni lub sączących przetok; b) ocenę nasilenia choroby wg skali IHS4; c) ocenę jakości życia wg wskaźnika DLQI. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Jeżeli terapia jest kontynuowana należy wykonać co najmniej raz na 6 miesięcy ($\pm$ 30 dni): 1) morfologię krwi; 2) oznaczenie stężenia białka C-reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) stężenie kreatyniny w surowicy; 6) ocenę skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników: a) ocenę liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni); b) ocenę nasilenia choroby wg skali IHS4; c) ocenę jakości życia wg wskaźnika DLQI. Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej
---	---	---

liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) i bez wzrostu liczby ropni lub sączących przetok w porównaniu do okresu sprzed leczenia; 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie potwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących oznaczająca wzrost liczby zmian zapalnych (guzków lub ropni) lub IHS4 powyżej poziomu z wizyty kwalifikacyjnej do programu; 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.		konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 4-6 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania). Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych. Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych, kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w punkcie 3. z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie
---	--	--

		papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z KARDIOMIOPATIA (ICD-10: E85, I42.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
I. LECZENIE KARDIOMIOPATII W PRZEBIEGU AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ (ICD-10: E85)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii, 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. W programie finansuje się leczenie tafamidisem dorosłych pacjentów z kardiomiopatią w przebiegu amyloidozy transtyretynowej. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) kardiomiopatia w przebiegu amyloidozy transtyretynowej (ATTR) potwierdzona przez badanie scyntygraficzne serca z radioizotopem (99mTc-DPD lub 99mTc-PYP lub 99mTc-HMDP) lub biopsję tkanki i typowanie amyloidu za pomocą immunohistochemii; 3) genetyczny ATTR lub typu dzikiego określony poprzez sekwencjonowanie genu transtyretyny;	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Maksymalna dawka tafamidisu wynosi 61 mg podawana raz na dobę. Dopuszczalne jest zmniejszenie zalecanej dawki zgodnie z aktualną ChPL.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi; 2) określenie klasy NYHA; 3) oznaczenie wskaźnika mBMI; 4) elektrokardiogram spoczynkowy; 5) RTG klatki piersiowej; 6) test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych (6MWT); 7) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 8) oznaczenie stężenia troponiny T; 9) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT); 10) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 11) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 12) oznaczenie stężenia bilirubiny; 13) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP);

4) klasa czynnościowa NYHA I-II; 5) grubość przegrody międzykomorowej przekraczająca 12 mm w badaniu echokardiografii przekłatkowej; 6) wykluczenie amyloidozy łańcuchów lekkich; 7) brak przeszczepu serca lub wątroby w wywiadzie; 8) wynik testu 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych powyżej 100 m; 9) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 11) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 12) niestosowanie lub zaprzestanie stosowania antagonistów kanału wapniowego lub glikozydów naparstnicy; 13) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 14) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.		14) proteinogram; 15) diagnostyka białka monoklonalnego (metodą immunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC); 16) ocena eGFR w oparciu o wzór Cockcrofta- Gaulta; 17) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi; 18) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi; 19) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej; 20) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 21) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH); 22) oznaczenie stężenia tyroksyny (T4); 23) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 24) oznaczenie poziomu kinazy fosfokreatynowej; 25) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 26) oznaczenie kwasu moczowego w surowicy krwi; 27) badanie ogólne moczu z oceną osadu; 28) morfologia krwi z rozmazem; 29) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 30) echokardiografia przekłatkowa; 31) badanie scyntygraficzne serca z zastosowaniem radioizotopu ^{99m}Tc-DPD lub ^{99m}Tc-PYP lub ^{99m}Tc-HMDP; 32) sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR) – w przypadku braku wyniku badania w dokumentacji medycznej; 33) holter 24-godzinne monitorowanie EKG;
---	--	--

2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. Po uzyskaniu progresji do utrwalonej (tzn. co najmniej 6-miesięcznej) klasy III lub IV NYHA lekarz prowadzący ocenia zasadność kontynuacji leczenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja utrwalona (tzn. co najmniej 6-miesięczna) klasy III lub IV NYHA, gdy w ocenie lekarza prowadzącego nie ma zasadności do kontynuacji leczenia; 2) szybka progresja do trwałej klasy III lub IV NYHA w ciągu 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia; 3) przeszczepienie serca lub wątroby; 4) nadwrażliwość na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 5) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 8) potwierdzenie ciąży lub karmienie piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo		34) konsultacja hematologiczna w przypadku stwierdzenia białka monoklonalnego celem wykluczenia amyloidozy łańcuchów lekkich. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT); 2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia bilirubiny; 5) ocena eGFR w oparciu o wzór Cockcrofta-Gaulta; 6) oznaczenie stężenia sodu w surowicy krwi; 7) oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi; 8) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH); 10) oznaczenie stężenia tyroksyny (T4); 11) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 12) oznaczenie poziomu kinazy fosfokreatynowej; 13) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 14) oznaczenie kwasu moczowego w surowicy krwi; 15) badanie ogólne moczu z oceną osadu; 16) morfologia krwi z rozmazem. Badania monitorujące bezpieczeństwo leczenia wymienione w punktach 1-16 przeprowadza się co 6 miesięcy (± 14 dni). 3. Monitorowanie skuteczności leczenia
--	--	---

leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi; 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiogram spoczynkowy; 4) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 5) oznaczenie stężenia troponiny T; 6) echokardiografia przekłatkowa; 7) test 6-minutowego chodu u pacjentów bez ograniczeń ruchowych; 8) ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza EuroQol 5 dimensions 5-level (EQ-5D-5L) w połączeniu z wizualną skalą analogową (VAS); 9) holter 24-godzinne monitorowanie EKG; 10) RTG klatki piersiowej. Badania monitorujące skuteczność leczenia wymienione w punktach 1-8 przeprowadza się co 6 miesięcy (± 14 dni). Badanie z punktu 9-10 wykonuje się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (± 14 dni). 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, z częstotliwością zgodną z opisem programu, oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 3. <i>Monitorowanie skuteczności leczenia</i> ppkt 2, 4, 5, 7, 8; 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).
II. LECZENIE PRZEROSTOWEJ KARDIOMIOPATII ZAWĘŻAJĄCEJ (ICD-10: I42.1)		
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Kardiomiopatii, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 3 miesiące przez pierwsze 12 miesięcy po ustaleniu indywidualnej dawki podtrzymującej leczenie, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie mawakamtenem dorosłych pacjentów z przerostową kardiomiopatią zawężającą, <u>zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami.</u>	Dawki maksymalne, sposób podawania, ewentualne czasowe wstrzymania leczenia oraz modyfikacje dawki prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, odnotowaniem dawkowania aktualnie stosowanych leków kardiologicznych oraz wskazaniem czy pacjent posiada wszczepiony kardiowerter (ICD); 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiografia (EKG); 4) echokardiografia przekłatkowa: - grubość ściany lewej komory, - frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF), - gradient drogi odpływu lewej komory (LVOT) w spoczynku oraz po próbie Valsalvy, w uzasadnionych

1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie kardiomiopatii przerostowej zawężającej (oHCM) zgodnie z aktualnymi wytycznymi ESC; 3) grubość ściany lewej komory ≥ 15 mm (lub ≥ 13 mm w oHCM rodzinnej) w badaniu echokardiografii przezklatkowej; 4) klasa czynnościowa NYHA II–III; 5) gradient ciśnień w drodze odpływu lewej komory (LVOT) spoczynkowy lub po próbie Valsalvy ≥ 50 mmHg; 6) frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF) $\geq 55\%$; 7) niewystarczająca kontrola choroby pomimo stosowania leczenia beta-adrenolitykiem lub antagonistą kanału wapniowego, w optymalnej dawce lub w przypadku nietolerancji/przeciwskazania do tych terapii; 8) brak chorób kardiologicznych lub ogólnoustrojowych. innych niż oHCM, które mogą stanowić wytłumaczenie dla hipertrofii lewej komory serca (w tym choroby Fabry’ego, amyloidozy, zespołu Noonan z hipertrofią lewej komory); 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 10) zgoda pacjentki na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 11) zobowiązanie pacjentów do abstynencji alkoholowej. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Do programu nie mogą być kwalifikowani pacjenci leczeni jednocześnie: — silnymi inhibitorami CYP3A4 – dotyczy pacjentów ze stwierdzonym fenotypem wskazującym na wolny		przypadkach możliwa jest dodatkowa ocena LVOT w próbie echokardiograficznej wysiłkowej; 5) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 6) oznaczenie stężenia troponiny T oraz troponiny I; 7) genotypowanie pacjentów pod kątem cytochromu P450 (CYP) 2C19 (CYP2C19); 8) test ciążowy (u kobiet w okresie rozrodczym). W przypadku, gdy przeprowadzenie badania echokardiograficznego jest niediagnostyczne: a) dopuszcza się możliwość przeprowadzenia innego badania obrazowego (np. rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej); b) weryfikacja LVOT może być przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnień. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe łącznie z pomiarem ciśnienia tętniczego krwi, odnotowaniem dawkowania aktualnie stosowanych leków kardiologicznych oraz wskazaniem czy pacjent od ostatniej wizyty monitorującej miał napady migotania przedsionków lub interwencje wszczepionego ICD (także informacja o wszczepieniu ICD jeśli dotyczy); 2) określenie klasy NYHA; 3) elektrokardiografia (EKG); 4) echokardiografia przezklatkowa: - grubość ściany lewej komory, - frakcja wyrzutowa lewej komory (LVEF), - gradient drogi odpływu lewej komory (LVOT) w spoczynku oraz po próbie Valsalvy, w uzasadnionych
--	--	---

metabolizm przy udziale CYP2C19 oraz nieustalonym fenotypem CYP2C19; — silnym inhibitorem CYP2C19 i silnym inhibitorem CYP3A4 – dotyczy wszystkich pacjentów, bez względu na fenotyp. 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 należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu: — zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt. 4 lub — w przypadku niespełnienia kryteriów oceny skuteczności leczenia o których mowa w pkt. 3. W przypadku gdy wynik LVEF, na którejkolwiek wizycie kontrolnej, wynosi $< 50\%$ należy tymczasowo przerwać leczenie, a następnie ponownie rozpocząć leczenie po 4 tygodniach wg wytycznych w ChPL, o ile LVEF wynosi $\geq 50\%$. 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia		przypadkach możliwa jest dodatkowa ocena LVOT w próbie echokardiograficznej wysiłkowej; 5) oznaczenie poziomu N-końcowego propeptydu natriuretycznego typu B (NT-proBNP); 6) oznaczenie stężenia troponiny T oraz troponiny I; 7) holter 48-godzinne monitorowanie EKG. Badania wymienione w punktach 1-6 wykonuje się po 4 i 8 tygodniach (± 7 dni) od: — pierwszego rozpoczęcia leczenia, — ponownego rozpoczęcia leczenia, — zmiany dawki oraz co 3 miesiące (± 7 dni) przez pierwsze 12 miesięcy po ustaleniu indywidualnej dawki podtrzymującej leczenie, a następnie co 6 miesięcy (± 14 dni). Badanie z punktu 7 (holter) przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy (± 14 dni). W przypadku tymczasowego przerwania leczenia - kontrola parametrów z użyciem echokardiografii co 4 tygodnie (± 7 dni) do czasu, aż LVEF wyniesie $\geq 50\%$. W przypadku, gdy przeprowadzenie badania echokardiograficznego jest niediagnostyczne: a) dopuszcza się możliwość przeprowadzenia innego badania obrazowego (np. rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej); b) weryfikacja LVOT może być przeprowadzona metodą bezpośrednich pomiarów ciśnień. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych
---	--	---

W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi spełniać poniższe:

- 1) poprawa objawów o ≥ 1 klasę czynnościową NYHA po 12 tygodniach od ustalenia indywidualnej dawki pacjenta i utrzymanie niższej klasy NYHA w trakcie leczenia podtrzymującego;
- 2) gradient LVOT po próbie Valsalvy ≤ 30 mmHg lub jego redukcja w trakcie leczenia o ≥ 30 mmHg, potwierdzona na każdej wizycie kontrolnej w trakcie leczenia podtrzymującego pacjenta indywidualną dawką leku.

4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wynik LVEF wynoszący $\leq 30\%$;
- 2) wynik LVEF wynoszący dwukrotnie $<50\%$ w odstępie 4 tygodni, w przypadku przyjmowania dawki 2,5 mg na dobę;
- 3) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 5) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) potwierdzenie ciąży lub karmienie piersią;
- 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku.

3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 2. *Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia* ppkt 2, 4, 5, 6 oraz danych z ppkt 1 z zakresu stosowanych leków oraz odnotowanych napadów migotania przedsionków/wszczeplenia ICD/interwencji wszczepionego ICD;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

LECZENIE CHORYCH NA CZERNIAKA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ICD-10: C69, C69.3, C69.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji do leczenia tebentafuspem 1) wzrost lub zagrożenie rozwoju guza poza gałkę oczną i brak możliwości postępowania terapeutycznego po zastosowaniu dostępnych metod leczenia miejscowego (dopuszczalna jest wcześniejsza resekcja chirurgiczna choroby oligometastatycznej); - lub 2) obecność przerzutów czerniaka błony naczyniowej stwierdzana w badaniach obrazowych wymienionych w punkcie „badania przy kwalifikacji do leczenia”; 3) histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie czerniaka błony naczyniowej oka; 4) potwierdzona obecność antygenu leukocytarnego (HLA)-A*02:01; 5) wiek 18 lat i powyżej; 6) stopień sprawności 0 lub 1 według skali ECOG; 7) odstęp QTc $\leq$ 500 ms;	Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). 1. Dawkowanie Maksymalne dawki tebentafuspu: 1) 20 µg – 1. dnia; 2) 30 µg – 8. dnia; 3) 68 µg – 15. dnia; następnie 68 µg co tydzień.	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) test do genotypowania HLA w celu potwierdzenia występowania u pacjenta genotypu HLA-A*02:01; 2) badanie histologiczne lub cytologiczne w celu potwierdzenia czerniaka błony naczyniowej oka; 3) morfologia krwi z rozmazem; 4) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 5) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej we krwi; 9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej we krwi; 10) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (sód i potas); 11) badanie ultrasonograficzne gałki ocznej w celu oceny wielkości guza (w przypadku choroby pierwotnej); 12) badania obrazowe potwierdzające obecność przerzutów;

8) brak wcześniejszej terapii systemowej czerniaka błony naczyniowej oka (nie dotyczy terapii neoadjuwantowej i adjuwantowej stosowanej w leczeniu radykalnym pacjentów z chorobą miejscową); 9) w przypadku współistnienia innych aktywnych nowotworów kwalifikacja do leczenia musi uwzględniać rokowanie związane ze współistniejącym nowotworem; 10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 11) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 12) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących i stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii, stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL lub wiedzę medyczną; 13) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka lub lekarza		a) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu, b) badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy, c) badanie tomografii komputerowej lub inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej; 13) elektrokardiogram (EKG) z oceną odstępu QTc (w przypadkach wątpliwych – konsultacja kardiologiczna); 14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; 15) pełne badanie przedmiotowe z oceną całej skóry; 16) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST. 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 3) oznaczenie stężenia kreatyniny we krwi; 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej we krwi; 5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej we krwi; 6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej we krwi; 7) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej we krwi;
--	--	--

prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) progresja choroby ocenianej zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST; Dopuszcza się możliwość kontynuacji leczenia w programie u chorych z progresją choroby w przypadku: — braku klinicznych objawów progresji, — braku pogorszenia stanu sprawności według kryteriów ECOG, — braku zagrożenia niewydolnością narządów. Należy przerwać leczenie, które było kontynuowane po progresji, gdy stwierdza się co najmniej jedno z poniższych: a) ponowny wzrost sumy wymiarów ocenianych zmian (z uwzględnieniem nowych zmian mierzalnych) o co najmniej 20% z jednoczesnym wzrostem tej sumy o co najmniej 5 mm, b) jednoznaczna progresja zmian pozostałych, c) nowa zmiana. 2) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej		8) oznaczenie stężenia elektrolitów we krwi (sód i potas); 9) pełne badanie przedmiotowe z oceną całej skóry; 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 11) EKG z oceną odstępu QTc w razie wskazań klinicznych; Badania wykonuje się co minimum 3 tygodnie (+/- 1 tydzień) Badania monitorujące bezpieczeństwo mogą być wykonywane częściej w przypadku wskazań klinicznych. 2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) ocena kliniczna wraz z diagnostyką obrazową celem obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie: a) ultrasonografia gałki ocznej, b) TK lub MR głowy, klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy; Badania wykonuje się co 12 tygodni. Badania obrazowe w celu ponownej oceny skuteczności leczenia po pseudoprogresji należy wykonać w odstępie 4 tygodni od oceny, w której wykazano pseudoprogresję. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: 1) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, 2) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), 3) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS).
---	--	---

Oka 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 lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego.		Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z aktualnymi kryteriami RECIST, w miarę możliwości z wykorzystaniem tego samego rodzaju badań obrazowych, które były zastosowane podczas kwalifikacji do leczenia. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Czerniaka Błony Naczyniowej Oka, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wybranych wskaźników skuteczności terapii, dla których jest możliwe ich określenie przez lekarza prowadzącego dla indywidualnego pacjenta, spośród: a) przeżycie całkowite (OS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie całkowite z oczekiwaną medianą 21,7 miesiąca; b) przeżycie wolne od progresji (PFS), tj. czas od daty podania pierwszej dawki leku do daty pierwszej
--	--	--

		udokumentowanej progresji choroby lub zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – przeżycie wolne od progresji z oczekiwaną medianą 3,3 miesiąca; c) najlepsza ogólna odpowiedź (BoR), z oczekiwaną medianą 0,4% ; d) wskaźnik obiektywnej odpowiedzi (ORR), tj. odsetek pacjentów z odpowiedzią na leczenie w postaci pełnej odpowiedzi (CR) lub częściowej odpowiedzi (PR) – wskaźnik odpowiedzi obiektywnych na oczekiwanym poziomie 10,3% ; e) czas trwania odpowiedzi na leczenie (DOR) – z oczekiwaną medianą 9,9 miesiąca; f) czas do odpowiedzi (TTR) – z oczekiwaną medianą 2,9 miesiąca; g) wskaźnik kontroli choroby (DCR), tj. odsetek pacjentów, u których nastąpiła pełna odpowiedź, częściowa odpowiedź lub ustabilizowanie choroby – z oczekiwaną medianą 31% ; h) jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (HRQoL oceniana na podstawie stanu zdrowia pacjentów przy użyciu narzędzi EORTC QLQ-C30 oraz EQ-5D,5L) – oczekiwany jest brak obniżenia jakości życia w stosunku do stanu wyjściowego lub jego polepszenie. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia).
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z IMMUNOLOGICZNĄ ZAKRZEPOWĄ PLAMICĄ MAŁOPLYTKOWĄ (ICD-10: M31.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie epizodów nabytej zakrzepowej plamicy małopłytkowej przy użyciu kapłacyzumabu w połączeniu z wymianą osocza oraz immunosupresją. Do programu kwalifikuje lekarz prowadzący. 1. Kryteria włączenia 1) wiek 12 lat lub powyżej; 2) masa ciała co najmniej 40 kg; 3) kliniczne objawy epizodu immunologicznej zakrzepowej plamicy małopłytkowej (iTTP), wymagającego leczenia z zastosowaniem wymiany osocza; 4) liczba płytek $<100 \times 10^9/L$; 5) rozpad czerwonych krwinek stwierdzony na podstawie obecności schistocytów w rozmazie krwi; 6) aktywność ADAMTS13 $<10\%$ oraz obecność inhibitora anty-ADAMTS13 (leczenie może być wprowadzone w oczekiwaniu na wyniki badania ADAMTS13 na podstawie oceny stanu klinicznego i innych wyników badań wykonywanych przy kwalifikacji do programu): a) ocena aktywności ADAMTS13 musi być przeprowadzona na podstawie próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza,	1. Dawkowanie Kapłacyzumab wskazany jest do stosowania w połączeniu z wymianą osocza oraz immunosupresją. Dawkowanie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lecniczego.	1. Badania przy kwalifikacji 1) oznaczenie aktywności ADAMTS13 – leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 2) oznaczenie obecności inhibitora anty-ADAMTS13 – leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik; 3) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny; 5) oznaczenie liczby płytek krwi; 6) morfologia krwi z rozmazem (obecność schistocytów); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 8) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA; 9) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA; 10) test na HIV (przeciwciała anty-HIV w surowicy). 2. Monitorowanie leczenia

b) wyniki badań powinny być uzyskane w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni; 7) wykluczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego; 8) wykluczenie innych przyczyn małopłytkowości: a) kliniczne dowody infekcji jelitowej wywołanej przez <i>E.coli</i>, b) mikroangiopatia zakrzepowa związana z przeszczepieniem krwiotwórczych komórek macierzystych, szpiku kostnego lub organu, c) znana lub podejrzewana posocznica, d) diagnoza rozsianego krzepnięcia wewnątrznaczyniowego, e) przewlekła małopłytkowość immunologiczna; 9) wykluczenie wysokiego ryzyka krwawienia z innych przyczyn niż małopłytkowość; 10) wykluczenie ciąży. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni kapłacyzumabem 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 1) kapłacyzumab stosuje się w trakcie oraz po zakończeniu leczenia z wykorzystaniem wymiany osocza (wraz z ewentualną immunosupresją – np. rytuksymab). Etapy leczenia kapłacyzumabem obejmują:		1) w czasie pierwszego etapu leczenia, tj. w okresie stosowania wymiany osocza: a) raz dziennie: — morfologia krwi z rozmazem, b) raz w tygodniu: — oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — oznaczenie stężenia haptoglobiny (Hp), — oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 2) w czasie drugiego etapu leczenia, tj. w czasie kolejnych 30 dni leczenia kapłacyzumabem od momentu zakończenia wymiany osocza: a) raz w tygodniu: — oznaczenie aktywności ADAMTS13, — morfologia krwi z rozmazem, — oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — oznaczenie stężenia haptoglobiny (Hp), — oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) w czasie opcjonalnego, trzeciego etapu leczenia (przedłużonego okresu leczenia kapłacyzumabem), tj. po zakończeniu etapu pierwszego oraz drugiego: a) raz w tygodniu: — oznaczenie aktywności ADAMTS13,
---	--	--

a) pierwszy etap leczenia: okres stosowania wymiany osocza, b) drugi etap leczenia: kolejne 30 dni od momentu zakończenia wymiany osocza, c) opcjonalny, trzeci etap leczenia (przedłużony okres leczenia kaplacyzumabem) następujący po zakończeniu etapu pierwszego i drugiego: i. u pacjentów, u których po zakończeniu drugiego etapu leczenia występuje poziom aktywności ADAMTS13 < 20%, ii. czas trwania leczenia w etapie trzecim: leczenie kaplacyzumabem w trakcie opcjonalnego, trzeciego etapu leczenia (przedłużony okres leczenia kaplacyzumabem) stosowane jest do momentu uzyskania pierwszego wyniku oznaczenia aktywności ADAMTS13 wynoszącego $\geq 30\%$ (na podstawie próbki osocza pobranej w trakcie monitorowania trzeciego etapu leczenia), ale nie dłużej, niż przez 28 dni (4 tygodnie); 2) chorzy, u których pojawi się nawrót iTTP (tj. kolejny epizod iTTP określony zgodnie z kryteriami włączenia) mogą być ponownie kwalifikowani do podawania pełnego cyklu leczenia kaplacyzumabem (ponownie zaczynają leczenie od etapu 1. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie aktywnego, istotnego klinicznie krwawienia w trakcie terapii kaplacyzumabem;		— oznaczenie aktywności dehydrogenzy mleczanowej (LDH), — oznaczenie stężenia kreatyniny, — morfologia krwi z rozmazem. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	---

2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub substancję pomocniczą; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 4) aktywność ADAMTS13 $\geq 10\%$ na podstawie oceny próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza – wynik powinien być uzyskany w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni; 5) negatywny wynik na obecność inhibitora ADAMTS13 – na podstawie oceny próbki osocza pobranej przed rozpoczęciem leczenia z zastosowaniem wymiany osocza – wynik powinien być uzyskany w ciągu 5 dni od rozpoczęcia leczenia z zastosowaniem wymiany osocza, a czas oczekiwania na wynik nie może przekroczyć 7 dni; 6) aktywność ADAMTS13 $\geq 30\%$ na podstawie oceny próbki osocza pobranej w trakcie trwania trzeciego, opcjonalnego etapu leczenia; 7) ciąża; 8) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z OBJAWAMI KOSTNYMI W PRZEBIEGU HIPOFOSFATAZJI (HPP) (ICD-10 E83.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Do leczenia w programie kwalifikowani są pacjenci z wrodzoną hipofosfatazją (HPP) w postaciach: - perinatalnej i niemowlęcej, - dziecięcej. 1. Kryteria kwalifikacji - hipofosfatazja perinatalna i niemowlęca ujawniająca się klinicznie u dzieci w wieku < 6. miesiąca życia, stwierdzona na podstawie: - badan genetycznych potwierdzających obecność patogennych mutacji w genie ALPL (1p36.12), lub - badan wykrywających nieprawidłowości szkieletowe oraz testów laboratoryjnych: – obniżenia mineralizacji kości i innych objawów radiologicznych hipofosfatazji lub prenatalnych/postnatalnych badań USG	1. Dawkowanie leków w programie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). Zalecana dawka asfotazy alfa to 2mg/kg masy ciała podawane podskórnie trzy razy w tygodniu lub 1mg/kg masy ciała podawane podskórnie sześć razy w tygodniu. Maksymalna zalecana dawka asfotazy alfa to 6mg/kg/tydzień. Dopuszczalne jest zmniejszenie wymienionych poniżej dawek zgodnie z aktualną ChPL.	1. Badania przy kwalifikacji - badanie molekularne potwierdzające obecność mutacji genu ALPL (1p36.12) w przebiegu HPP; - oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy; - oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; - oznaczenie stężenia magnezu w surowicy; - oznaczenie stężenia fosforu w surowicy; - oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; - oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; - test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; - konsultacja neurochirurgiczna - w przypadku występowania u pacjentów kraniosynostozy; - konsultacja okulistyczna; - pomiary antropometryczne; - test sześciominutowego marszu u chorych chodzących (6MWT); - badanie RTG lub MRI nadgarstków, bioder i kolan z oceną w skali RSS; - badanie USG nerek; - ocena nasilenia bólu w skali dopasowanej do wieku;

– obniżonej aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy w co najmniej 3-krotnych pomiarach; 2) hipofosfatazja dziecięcą ujawniającą się u dzieci w wieku > 6. miesiąca życia rozpoznana na podstawie: a) badań genetycznych potwierdzających obecność patogennych mutacji w genie ALPL (1p36.12), lub b) badań wykrywających nieprawidłowości szkieletowe oraz testów laboratoryjnych: – badań radiologicznych (opóźnionego wieku kostnego, krzywicy lub osteomalacji) oraz – obniżonej aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy w co najmniej 3-krotnych pomiarach; Jednocześnie pacjenci o których mowa w pkt 2): a) nie osiągnęli oczekiwanych etapów rozwoju motoryki właściwej dla wieku, lub b) cierpią z powodu ciągłego lub nawracającego bólu mięśniowo-szkieletowego wpływającego na niemożność wykonywania codziennych czynności, niepoddającego się działaniu leków z dwóch różnych grup leków przeciwbólowych, lub c) mają istotnie ograniczoną możliwość samodzielnego poruszania się (chodzenia); 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 4) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez Zespół		Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie. 2. Monitorowanie leczenia: 1) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej w surowicy; 2) oznaczenie stężenia wapnia w surowicy; 3) oznaczenie stężenia magnezu w surowicy; 4) oznaczenie stężenia fosforu w surowicy; 5) oznaczenie stężenia parathormonu w surowicy; 6) oznaczenie stężenia 25-hydroksy witaminy D w surowicy; 7) konsultacja okulistyczna; 8) konsultacja ortopedyczna; 9) pomiary antropometryczne; 10) test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku chorych chodzących; 11) badanie RTG kośćca; 12) badanie densytometryczne DXA (u pacjentów powyżej 5 r.ż.); 13) badanie USG nerek. Kontrolne wizyty u lekarza, zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności terapii z oceną efektów leczenia i jakości życia pacjenta. Badania wykonuje się: 1) w 3-cim, 6-tym i 12-tym miesiącu od chwili rozpoczęcia leczenia, a następnie co 6 miesięcy (z wyjątkiem oznaczenia stężenia parathormonu wykonywanego tylko w 3 miesiącu);
--	--	---

Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) brak przeciwwskazań do terapii określonych w aktualnej ChPL; 6) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią; Powyższe kryteria kwalifikacji 1), 3), 4), 5), 6) albo 2), 3), 4), 5), 6) powinny zostać spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o wyłączeniu pacjenta z programu, gdy zostanie spełnione jedno z poniższych kryteriów: 1) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie przynajmniej dwóch z poniższych kryteriów u dzieci poniżej 18 roku życia: a) zahamowanie tempa wzrastania po 6 miesiącach terapii,		2) po pierwszym roku leczenia, a następnie co 2 lata w przypadku badania densytometrycznego DXA. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Wskaźniki efektywności mierzone co 6 miesięcy leczenia: 1) ocena tempa wzrastania; 2) test sześciominutowego marszu (6MWT) w przypadku chorych chodzących; 3) ocena konieczności korzystania ze wspomaganej wentylacji płuc; 4) ocena powtarzalności złamańiskoenergetycznych; 5) ocena poprawy nasilenia bólu oraz jakości życia pacjenta za pomocą kwestionariuszy: – ocena bólu w skali dopasowanej do wieku w przypadku dzieci, – SF-36 (ang. Short Form 36) w przypadku pacjentów dorosłych. 6) działania niepożądane. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ); 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym
---	--	---

b) brak poprawy lub nieosiągnięcie oczekiwanego efektu dla testu sześciominutowego marszu (6MWT) rozumianej jako poprawa o <25 m lub <10% w porównaniu z wynikami testu przed leczeniem (w przypadku chorych chodzących), c) konieczność korzystania z mechanicznej wspomaganej wentylacji płuc po co najmniej 12 miesiącach leczenia (dotyczy chorych, którzy przed włączeniem do leczenia nie wymagali wspomagania oddychania), d) konieczność korzystania z mechanicznej wspomaganej wentylacji płuc po co najmniej 24 miesiącach leczenia (dotyczy chorych, którzy przed włączeniem do leczenia wymagali wspomagania oddychania); 2) brak skuteczności ocenianej zgodnie z harmonogramem monitorowania skuteczności leczenia pacjenta rozumianej jako niespełnienie przynajmniej jednego z poniższych kryteriów u dorosłych, kontynuujących terapię asfotazą alfa: a) brak poprawy lub nieosiągnięcie oczekiwanego efektu dla testu sześciominutowego marszu (6MWT) - poprawa o <25 m lub <10% w porównaniu z wynikami testu przed leczeniem (w przypadku chorych chodzących), b) powtarzające się złamaniaiskoenergetyczne przez okres trzech lat od rozpoczęcia leczenia, c) brak zmniejszenia poziomu bólu rozumianego jako nieosiągnięcie znaczącej redukcji bólu przy równoczesnym zwiększeniu częstości podawania leków przeciwbólowych lub brak poprawy jakości życia w ocenie Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;		przekazywanie danych dotyczących wskaźników skutecznościterapii 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).
---	--	---

4) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego; 5) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 6) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 7) nieprowadzenie skutecznej formy antykoncepcji przez kobiety w wieku rozrodczym; 8) okres ciąży i karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy.		
--	--	--

LECZENIE PACJENTÓW Z ACHONDROPLAZJĄ (ICD-10: Q77.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie wosorytydem zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 4 miesiące i więcej; 2) rozpoznanie achondroplazji potwierdzone odpowiednim badaniem genetycznym; 3) niezamknięte nasady kości długich (wiek kostny poniżej 16 lat u dziewcząt albo poniżej 18 lat u chłopców); 4) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 5) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z ChPL; 6) zgoda opiekuna prawnego na leczenie w programie lekowym, a w przypadku chorych powyżej 16 r.ż. również pacjenta.	1. Dawkowanie Wyznaczenie dawki leku, sposób podawania, ewentualne czasowe wstrzymania leczenia oraz modyfikacje dawki prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL). 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 lub przebywa w oddziale do czasu właściwego wyszkolenia pacjenta lub opiekunów prawnych. Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku. 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 do leczenia 1) potwierdzenie rozpoznania achondroplazji za pomocą odpowiedniego badania genetycznego; 2) ocena wieku kostnego metodą Greulich-Pyle’a lub metodą Tannera-Whitehouse’a; 3) MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego (u pacjentów z bezwzględnym przeciwwskazaniem do MRI - TK lub TK z kontrastem; u pacjentów z gwoździem magnetycznym wymagany jest certyfikat z ośrodka ortopedii dziecięcej, w którym zakładany był gwoździec); 4) pomiary antropometryczne: masa ciała (wartość liczbowa i SDS), wzrost/długość ciała (wartość liczbowa i SDS), długość tułowia, długość kończyn dolnych, obwód głowy i obwód klatki piersiowej (wartości liczbowe i SDS) i ocena obwodu talii (wartość liczbowa i SDS; BMI – z podaniem centyla, WHR, tempo wzrastania (cm/rok)); 5) ocena dojrzewania płciowego w skali Tannera; 6) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 7) morfologia krwi z rozmazem; 8) oznaczenie stężenia sodu, potasu oraz wapnia w surowicy krwi; 9) oznaczenie stężenia glukozy na czczo;

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 Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia, o których mowa w pkt. 3. Przedłużenie leczenia następuje, po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) potwierdzenie braku potencjału dalszego wzrostu definiowanego przez tempo wzrastania < 1,5 cm/rok i zamknięcia nasad kości długich (leczenie prowadzi się maksymalnie do osiągnięcia wieku kostnego 16 lat przez dziewczęta albo 18 lat przez chłopców); 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia; 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 4) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;	Pacjent otrzymuje leki dla celów terapii domowej w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta.	10) oznaczenie stężenia wapnia zjonizowanego i fosforanów; 11) oznaczenie fosfatazy alkalicznej; 12) oznaczenie stężenia 25OH wit. D; 13) oznaczenie odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii; 14) oznaczenie stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu; 15) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) oraz wolnej tyroksyny (FT4); 16) konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu; 17) konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego; 18) konsultacja ortopedyczna. 2. Monitorowanie leczenia 1) pomiary antropometryczne: masa ciała (wartość liczbowa i SDS), wzrost/długość ciała (wartość liczbowa i SDS), długość tułowia, długość kończyn dolnych, obwód głowy i obwód klatki piersiowej (wartości liczbowe i SDS) i ocena obwodu talii (wartość liczbowa i SDS; BMI – z podaniem centyla, WHR, tempo wzrastania (cm/rok)); 2) oznaczenie stężenia wapnia zjonizowanego i fosforanów; 3) pomiar ciśnienia tętniczego krwi; 4) morfologia krwi z rozmazem; 5) oznaczenie stężenia sodu, potasu oraz wapnia w surowicy krwi; 6) oznaczenie odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA1c); 7) oznaczenie stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;
---	--	---

5) okres ciąży lub karmienia piersią.		8) oznaczenie stężenia hormonu tyreotropowego (TSH) oraz wolnej tyroksyny (FT4); 9) oznaczenie fosfatazy alkalicznej; 10) ocena dojrzewania płciowego w skali Tanner'a; 11) oznaczenie stężenia 25OH wit. D; 12) ocena wieku kostnego metodą Greulich'a-Pyle'a lub metodą Tanner'a-Whitehouse'a; 13) MRI ośrodkowego układu nerwowego, z oceną otworu wielkiego, tj. pogranicza czaszkowo-kręgowego (u pacjentów z bezwzględnym przeciwwskazaniem do MRI - TK lub TK z kontrastem; u pacjentów z gwoździem magnetycznym wymagany jest certyfikat z ośrodka ortopedii dziecięcej, w którym zakładany był gwóźdź) – do decyzji lekarza prowadzącego; 14) konsultacja neurochirurgiczna – do decyzji lekarza prowadzącego; 15) konsultacja audiologiczna lub laryngologiczna z badaniem słuchu - do decyzji lekarza prowadzącego; 16) konsultacja ortopedyczna. Badania 1-2 wykonuje się co 3 miesiące. Badania 3-9 wykonuje się co 6 miesięcy. Badania 10-16 wykonuje się co 12 miesięcy. Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy, w oparciu o ww. kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta przekazaną przez lekarza prowadzącego do Zespołu Koordynacyjnego. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich
--	--	--

		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących <u>wskaźników skuteczności terapii tj. wysokość i masa ciała (wartości liczbowe i SDS, wartość BMI (z podaniem centyla), tempo wzrastania (w cm / rok), wiek kostny)</u>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	---

LECZENIE CHORYCH NA WRODZONĄ ŚLEPOTĘ LEBERA (LCA) Z BIALLELICZNĄ MUTACJĄ GENU RPE65 (ICD-10: H35.5)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej jako Zespół Koordynacyjny). Kwalifikacja do programu umożliwia podanie leku do jednego oka. Podanie do drugiego oka możliwe jest za zgodą Zespołu Koordynacyjnego wydaną po ocenie odpowiedzi na leczenie woretygenem neparwówek pierwszego oka przy jednoczesnym spełnieniu kryteriów włączenia do programu. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. 1. Kryteria kwalifikacji 1) bialleliczna mutacja genu <i>RPE65</i> potwierdzona badaniem genetycznym w przebiegu wrodzonej ślepoty Lebera; 2) wiek od 4 do 35 lat; 3) ostrość wzroku określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) równa lub większa 0,05 w leczonym oku i pole widzenia ograniczone nie więcej niż do 30 stopni we wszystkich	1. Dawkowanie Podawanie leku prowadzone oraz leczenie immunomodulujące należy prowadzić zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	1. Badania przy kwalifikacji do leczenia 1) potwierdzenie biallelicznej mutacji genu <i>RPE65</i>; 2) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku według tablicy ETDRS;– u pacjentów, u których niemożliwe jest badanie przy użyciu tablicy ETDRS badanie przeprowadza się przy zastosowaniu skali: a) brak pocucia światła (bpś), b) pocucie światła (pś), c) ruchy ręki przed okiem (rrpo), d) liczy palce przed okiem (lppo); 3) badanie pola widzenia metodą perymetrii kinetycznej Goldmana lub perymetrii komputerowej Humphrey’a; 4) oszacowanie liczby żywych komórek siatkówki z użyciem optycznej tomografii koherencyjnej (OCT); 5) badanie FST – badanie progu czułości na światło białe, czerwone i niebieskie; 6) badanie ERG siatkówki;

południkach w leczonym oku (badane perymetrem kinetycznym Goldmana znacznikiem III4e); 4) wystarczająca liczba żywych komórek siatkówki, oszacowana w optycznej koherentnej tomografii (OCT) opisana kryteriami jak niżej: a) obszar siatkówki w obrębie tylnego bieguna >100 mikronów grubości, b) obszary siatkówki bez atrofii i zwyrodnienia barwnikowego w obrębie tylnego bieguna o wielkości ≥ 3 dd (wielkości tarczy nerwu wzrokowego); 5) niewygaszona bioelektryczna czynność w odpowiedzi fotopowej w badaniu ERG; 6) pozytywny wynik badania progu pełnego pola w badaniu FST na barwę białą przy jednoczesnym pozytywnym badaniu progu pełnego pola w badaniu FST na barwę czerwoną i niebieską; 7) brak innych, współistniejących mutacji biallelicznych genu RPE65 potwierdzonych badaniem genetycznym, mających wpływ na funkcje widzenia; 8) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Wszystkie kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie		7) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2. Monitorowanie leczenia 2.1. Monitorowanie bezpieczeństwa wykonania wtrektomii tylnej 1) rutynowe badanie okulistyczne oceniające ostrość wzroku, przedni i tylny odcinek oka; 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego. Badania przeprowadza się w okresie pooperacyjnym w 1, 7 i 14 dniu po zabiegu. 2.2. Monitorowanie skuteczności leczenia woretygenem neparwówek 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku według tablicy ETDRS – u pacjentów, u których niemożliwe jest badanie przy użyciu tablicy ETDRS badanie przeprowadza się przy zastosowaniu skali: a) brak poczucia światła (bpś), b) poczucie światła (pś), c) ruchy ręki przed okiem (rrpo), d) liczy palce przed okiem (lppo); 2) pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego; 3) badanie pola widzenia metodą perymetrii kinetycznej Goldmana lub perymetrii komputerowej Humphrey’a; 4) badanie FST - badanie progu czułości na światło białe, czerwone i niebieskie;
--	--	---

Obserwacja i monitorowanie w ramach programu lekowego trwa 12 miesięcy od podania woretygenu neparwówek do danego oka. 3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu 1) przyjmowanie wysokich dawek związków retinoidowych (>7500 jednostekretinolu [lub >3300 IU] ekwiwalentnych do dziennej dawki witaminy A lub ich prekursorów w ciągu ostatnich 18 miesięcy, które potencjalnie mogłyby wpływać na aktywność biochemiczną enzymu RPE65; 2) operacja wewnątrzgałkowa w ciągu ostatnich 6 miesięcy; 3) nadwrażliwość na leki zaplanowane do przyjmowania w okresie okołoperacyjnym; 4) wcześniejsze choroby oczu lub choroby ogólnoustrojowe, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego uniemożliwiłyby planowaną operację bądź zakłóciłyby poprawną interpretację wyników badań; 5) czynna choroba zakaźna; 6) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia; 7) okres ciąży i karmienia piersią. 4. Kryteria wystąpienia odpowiedzi na leczenie Ocena odpowiedzi na leczenie odbywa się 6 miesięcy od podania woretygenu neparwówek. W przypadku zakwalifikowania przez Zespół Koordynacyjny wyniku leczenia jako poprawy zgodnie z poniższymi kryteriami oraz gdy nie wystąpiły działania niepożądane związane z lekiem i powikłania witrektomii tylnej, które w opinii Zespołu uniemożliwiają kolejne podanie leku, Zespół może wydać zgodę na podjęcie leczenia drugiego oka.		5) badanie ERG siatkówki. Badania przeprowadza się po 1, 3, 6 i 12 miesiącach od podania woretygenu neparwówek. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii zawartych w pkt. 3 dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
--	--	---

Do podjęcia decyzji w niektórych przypadkach może być konieczne przeprowadzenie badania przez członków Zespołu Koordynacyjnego.

Jako odpowiedź na leczenie klasyfikowana będzie:

- 1) utrzymanie ostrości wzroku z kwalifikacji dla ostrości wzroku wyższych lub równych 0,2 wg. Snellena lub poprawa ostrości wzroku o 15 lub więcej liter na tablicy ETDRS w stosunku do wartości wyjściowych dla ostrości wzroku równych 0,05 i 0,1 wg. Snellena;
- 2) poprawa pola widzenia o 15 stopni (wyznaczonego za pomocą perymetru Goldmann a (bodziec testowy III4e) lub utrzymanie pola widzenia dla prawidłowego pola widzenia;
- 3) poprawa w badaniu ERG bioelektrycznej czynności w odpowiedzi fotopowej;
- 4) poprawa poczucia światła o > 10dB w badaniu FST na barwę białą, czerwoną i niebieską;
- 5) brak trwałych powikłań związanych z przeprowadzoną operacją podania leku.

Wszystkie kryteria muszą być spełnione łącznie.

LECZENIE PACJENTÓW Z NIEREAGUJĄCYM LUB OPORNYM NA LECZENIE ZAKAŻENIEM WIRUSEM CYTOMEGALII (CMV) (ICD-10: B25.0, B25.1, B25.2, B25.8, B25.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji do programu oraz weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje lekarz prowadzący pacjenta, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Wizyty monitorujące odbywają się co 14 dni (± 2 dni). W programie finansuje się leczenie: 1) <i>maribawirem</i> w II lub kolejnej linii leczenia pacjentów po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych lub narządu litego zakażonych wirusem cytomegalii (CMV) zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) udokumentowane przeszczepienie krwiotwórczych komórek macierzystych (HSCT) lub przeszczepienie narządu litego (SOT); 3) zakażenie CMV potwierdzone w badaniu ilościowym CMV-DNA (qPCR) z poziomem wirerii CMV w momencie kwalifikacji do leczenia <i>maribawirem</i> > 910 IU/ml lub równoważnik w kopiach/ml; 4) brak skuteczności wcześniejszego leczenia rozumiany jako:	Sposób podawania, modyfikacje dawki oraz dostosowanie czasu trwania terapii (do maksymalnie 12 tygodni (± 2 dni)) prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL).	1. Badania przy kwalifikacji 1) ilościowe oznaczenie CMV-DNA z krwi pełnej lub osocza (badanie ilościowe reakcji łańcuchowej polimerazy, qPCR) – badanie należy wykonać nie później niż 3 dni przed włączeniem leczenia; 2) morfologia krwi z rozmazem; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny w surowicy krwi; 4) oznaczenie stężenia albuminy w surowicy krwi; 5) oznaczenie czasu protrombinowego (INR); 6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 8) określenie skali Child-Pugh u pacjentów po SOT; 9) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 10) ocena eGFR; 11) badanie dna oka lub inne badanie okulistyczne u pacjentów z podejrzeniem zajęcia siatkówki przez CMV. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem;

a) brak spadku wirerii CMV w stosunku do wartości wyjściowej o co najmniej 1 log po co najmniej 14 dniach terapii gancyklowirem lub walgancyklowirem lub foscarnetem lub cydofowirem (w ocenianym 14 dniowym okresie dopuszcza się stosowanie sekwencyjne w/w leków) lub b) w opinii lekarza prowadzącego brak poprawy lub nasilenie objawów narządowych u pacjentów po SOT z rozpoznaną w badaniu histologicznym narządową postacią CMV, mogącą prowadzić do utraty przeszczepionego narządu przy jednoczesnym braku spadku wirerii CMV o co najmniej 1 log po co najmniej 21 dniach terapii gancyklowirem lub walgancyklowirem lub foscarnetem lub cydofowirem (w ocenianym 21 dniowym okresie dopuszcza się stosowanie sekwencyjne w/w leków); 5) wykluczenie inwazyjnej choroby tkankowej CMV obejmującej OUN (włączając zapalenie mózgu) lub siatkówkę oka; 6) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiającą w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 7) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych oraz wykluczenie terapii stanowiących przeciwwskazanie do leczenia maribawirem stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualne ChPL; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 9) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną ChPL. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego		2) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 5) oznaczenie stężenia leków immunosupresyjnych o wąskim indeksie terapeutycznym będącymi substratami cytochromu P450 (CYP3A/P-gp; m. in. takrolimus, cyklosporyna, sirolimus i ewerolimus) stosowanych w trakcie leczenia maribawirem; 6) oznaczenie ilościowe CMV-DNA z krwi pełnej lub osocza (qPCR). Badania monitorujące wykonuje się co 14 dni (± 2 dni) od rozpoczęcia leczenia maribawirem do czasu zakończenia leczenia maribawirem. <u>Każdorazowo oznaczenie CMV-DNA (qPCR) powinno być wykonywane w tym samym laboratorium przy tej samej dolnej granicy oznaczalności (LLQ), każdorazowo z wykorzystaniem tego samego typu materiału (zawsze z krwi pełnej lub zawsze z osocza).</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) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźnika skuteczności terapii zawartego w
--	--	--

sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt. 4. Leczenie trwa 8 tygodni (± 2 dni), z możliwością przedłużenia do maksymalnie 12 tygodni (± 2 dni). 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi spełnić poniższe: 1) zmniejszenie poziomu CMV-DNA względem wartości oznaczonej w momencie włączenia do programu o co najmniej 1 log na wizycie monitorującej leczenie w 14 dniu oraz brak wzrostu CMV-DNA na każdej kolejnej wizycie monitorującej, w odniesieniu do wartości w momencie włączenia do leczenia – kontynuacja leczenia pomimo niespełnienia powyższego wymaga sprawozdania do SMPT; 2) terapię uznaje się za skuteczną gdy poziom CMV-DNA zmierzony na dwóch następujących po sobie wizytach monitorujących spadnie poniżej dolnego progu oceny dla stosowanej metody oznaczania CMV-DNA – czas trwania leczenia, po którym osiągnięto skuteczność wymaga sprawozdania do SMPT w formacie [tyg. + dni]. 4. Kryteria wyłączenia z programu		punkcie 3. <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia (tj. poziom CMV-DNA)</i>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
---	--	---

1) niewykrywalny poziom CMV DNA (poniżej dolnej granicy oznaczalności dla danego laboratorium) w dwóch kolejnych pomiarach przeprowadzonych w trakcie leczenia, stwierdzony na dwóch następujących po sobie wizytach monitorujących; 2) kliniczne objawy nieskuteczności leczenia, w tym u pacjentów z narządową postacią choroby po SOT; 3) wystąpienie infekcji CMV w OUN; 4) wystąpienie zapalenia siatkówki wywołanego CMV jeśli konieczne jest podanie innego leku przeciw CMV ogólnoustrojowego lub doszkliskowo; 5) wystąpienie innych chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) nieakceptowalna lub zagrażająca życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 8) okres ciąży lub karmienia piersią; 9) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM HIPEREOZYNOFILOWYM (HES) (ICD-10: D72.11)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapie: 1) <i>mepolizumabem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych - Sekcja ds. Zespołów Autozapalnych i Obrzęku Naczynioruchowego (dalej jako Zespół Koordynacyjny). 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 pacjenci spełniający łącznie kryteria: - wiek ≥ 18 lat; - rozpoznanie zespołu hipereozynofilowego (HES) na podstawie wywiadu hipereozynofilii przebiegającej z uszkodzeniem lub dysfunkcją ≥ 1 narządu pod warunkiem wykluczenia innych potencjalnych przyczyn uszkodzeń, przy czym do rozpoznania hipereozynofilii konieczne jest udokumentowanie w przeszłości lub w momencie przeprowadzenia badania kwalifikującego co najmniej jednego poniższych:	1. Dawkowanie Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka mepolizumabu to 300 mg podawane podskórnym raz na 4 tygodnie. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii, prowadzone zgodnie z aktualną ChPL lub przyjętą praktyką kliniczną. 3. Kontynuacja leczenia w warunkach domowych Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty monitorujące w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku. Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.	1. Badania przy kwalifikacji do programu 1) morfologia krwi z rozmazem, w tym ocena eozynofilii; 2) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 5) elektrokardiogram (EKG); 6) echokardiografia serca (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 7) stężenie troponiny sercowej oraz NT-proBNP w surowicy krwi; 8) RTG lub TK klatki piersiowej (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 9) USG lub TK jamy brzusznej; 10) spirometria; 11) biopsja aspiracyjna lub trepanobiopsja szpiku kostnego, jeśli dotyczy (wynik ważny do 1 miesiąca przed kwalifikacją); 12) badanie ogólne moczu; 13) konwencjonalne badanie cytogenetyczne oraz badanie PCR na obecność rearanżacji <i>FIP1L1-PDGFR</i>A (możliwe wykorzystanie badań wykonanych wcześniej);

a) bezwzględna liczba eozynofilów >1500 komórek/μl we krwi obwodowej w dwóch badaniach w odstępie co najmniej jednego miesiąca lub b) potwierdzenie tkankowej eozynofilii na podstawie co najmniej jednego z następujących: – w badaniu szpiku kostnego odsetek eozynofilów $>20\%$ wszystkich komórek jądrzastych – rozległy (w opinii patologa) naciek eozynofilowy w badaniu wycinka tkanki – wyraźne odkładanie się białek ziarnistości eozynofilów w badaniu wycinka tkanki; 3) niewystarczająca kontrola HES definiowana jako wystąpienie co najmniej dwóch zaostrzeń HES w ostatnim roku, z liczbą eozynofilów ≥ 1000 kom./μl w momencie kwalifikacji albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do leczenia w programie. Zaostrzenie rozpoznaje się na podstawie nasilenia objawów HES lub ≥ 2-krotnego zwiększenia liczby eozynofilów wymagającego zwiększenia dawki systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia dawki/dodania leków cytotoksycznych lub immunosupresyjnych stosowanych w leczeniu HES; 4) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału; 5) wcześniejsze leczenie HES obejmujące prednizon lub jego ekwiwalent w dawce ≥ 10 mg/d z lub bez leków cytotoksycznych czy immunosupresyjnych przez co najmniej 4 tygodnie; 6) wykluczenie przewlekłej białaczki eozynofilowej (CEL) oraz nowotworów mieloidalnych z eozynofilią na podstawie badań cytogenetycznych i molekularnych (<i>FIP1L1-PDGFR</i>);	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 w programie lekowym danego pacjenta na okres pomiędzy wizytami w ośrodku.	14) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie przyczyn reaktywnej hipereozynofilii; 15) ocena stanu sprawności wg skali ECOG; 16) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym) wykonany nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku. 2. Monitorowanie leczenia Po 32 i 52 tygodniu od pierwszego podania substancji czynnej oraz każdym kolejnym 32 tygodniu leczenia należy wykonać: 1) morfologię krwi z rozmazem, w tym ocena eozynofilii; 2) aktywność aminotransferazy alaninowej (ALT); 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH); 4) stężenie białka C-reaktywnego (CRP) w surowicy krwi; 5) stężenie kreatyniny w surowicy krwi; 6) elektrokardiogram (EKG); 7) echokardiografię serca (jeśli była dysfunkcja przy kwalifikacji do programu wskazująca na zajęcie narządowe); 8) stężenie troponiny sercowej oraz NT-proBNP w surowicy krwi (jeśli było nieprawidłowe przy kwalifikacji do programu); 9) spirometrię; 10) badanie ogólne moczu; 11) RTG lub TK klatki piersiowej (jeśli były zmiany przy kwalifikacji do programu wskazujące na zajęcie narządowe); 12) USG lub TK jamy brzusznej (jeśli były zmiany przy kwalifikacji do programu wskazujące na zajęcie narządowe); 13) ocenę stanu sprawności wg skali ECOG; 14) ocenę skuteczności zastosowanej terapii na podstawie:
--	--	--

7) wykluczenie przewlekłej białaczki eozynofilowej (CEL) oraz nowotworów mieloidalnych z eozynofilią na podstawie biopsji aspiracyjnej lub trepanobiopsji szpiku jako badań opcjonalnych (do decyzji lekarza prowadzącego); 8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 11) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancjami czynnymi finansowanymi w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem trwających badań klinicznych tych leków), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu. 2. Określenie czasu leczenia w programie Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 3. 3. Kryteria wyłączenia		a) braku pogorszenia objawów klinicznych; b) braku konieczności zwiększenia podtrzymującej dawki kortykosteroidów o co najmniej 10 mg ekwiwalentu prednizonu/dobę przez 5 dni lub braku konieczności zwiększenia dawki lub dodania leków cytotoksycznych lub immunosupresyjnych. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej), zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

- 1) nieskuteczność leczenia definiowana jako wystąpienie zaostrzeń choroby przez okres przynajmniej 3 miesięcy w obserwacji 12-miesięcznej. Zaostrzenie rozumiane jest jako:
 - a) udokumentowane, związane z HES pogorszenie objawów klinicznych wymagające zwiększenia podtrzymującej dawki kortykosteroidów o co najmniej 10 mg ekwiwalentu prednizonu/dobę przez ≥ 5 dni lub zwiększenie/dodanie jakiejkolwiek terapii cytotoksycznej lub immunosupresyjnej w HES;
- 2) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 3) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą;
- 4) wystąpienie zagrażającej życiu lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.

Stosowanie mepolizumabu u kobiet w ciąży należy rozważać jedynie wtedy, gdy oczekiwana korzyść dla matki przewyższa potencjalne ryzyko dla płodu. W przypadku zajścia w ciążę lekarz może zdecydować o zawieszeniu terapii mepolizumbem. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku.

LECZENIE DOROSŁYCH PACJENTÓW Z POLINEUROPATIĄ W I LUB II STADIUM ZAAWANSOWANIA W PRZEBIEGU DZIEDZICZNEJ AMYLOIDOZY TRANSTYRETYNOWEJ (ICD-10:E85.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. Leczenia Rzadkich Chorób Neurologicznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia po 12 miesiącach, a następnie co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie: 1) <i>wutrisyranem</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i więcej; 2) rozpoznanie amyloidozy transtyretynowej (ATTR); 3) postać dziedziczna ATTR potwierdzona wynikiem badania genetycznego; 4) stwierdzona polineuropatia stadium I lub II wg klasyfikacji Coutinho (stadium I – pacjent chodzący samodzielnie z objawami polineuropatii; stadium II – pacjent chodzący z	1. Dawkowanie Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka wutrisyranu to 25 mg podawane podskórnie co 3 miesiące. 2. Modyfikacja dawkowania Sposób podawania, zmniejszenie dawki oraz ewentualne czasowe wstrzymanie leczenia lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami prowadzone zgodnie z aktualną ChPL.	1. Badania przy kwalifikacji 1) badanie podmiotowe oraz przedmiotowe; 2) sekwencjonowanie genu transtyretyny (TTR) – w przypadku braku wyniku badania w dokumentacji medycznej; 3) potwierdzenie rozpoznania polineuropatii i ocena stopnia jej zaawansowania poprzez następujące badania: a) badanie neurologiczne z oceną siły mięśniowej, odruchów ścięgniastych, czucia dotyku, bólu, temperatury, ułożenia i wibracji za pomocą skali NIS – Neuropathy Impairment Score; b) badanie przewodnictwa nerwowego nerwów ruchowych i czuciowych 4-kończynowo; c) ocena czynności układu autonomicznego z wykorzystaniem kwestionariusza CADT (Compound Autonomic Dysfunction Test); d) ocena obecności i nasilenia bólu neuropatycznego za pomocą skali wzrokowo-analogowej (0-10) VAS – Visual Analogue Scale; e) 10-metrowy test marszowy lub test 6-minutowego chodu – w zależności od stopnia zaawansowania

jedno- lub obustronnym podparciem z objawami polineuropatii), jako skutek ATTR; 5) nieobecność zaawansowanej kardiomiopatii (klasa NYHA 3 lub 4); 6) wykluczenie występowania innej postaci amyloidozy; 7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (ChPL); 8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego, w tym zaawansowanych chorób lub uszkodzeń narządów skutkujących złym rokowaniem; 9) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną ChPL; 10) wykluczenie okresu ciąży lub karmienia piersią. 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. Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. 2. Określenie czasu leczenia w programie		choroby; f) określenie stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho; 4) badanie scyntygraficzne serca z zastosowaniem radioizotopu ^{99m}Tc-DPD lub ^{99m}Tc-PYP lub ^{99m}Tc-HMDP (możliwe wykorzystanie wyniku badania z dokumentacji medycznej pacjenta) lub USG serca – wybór badania do decyzji lekarza prowadzącego; 5) określenie klasy NYHA; 6) konsultacja kardiologiczna wykonana w ciągu miesiąca przed kwalifikacją oceniająca obecność kardiomiopatii w przebiegu ATTRv (na podstawie badania z pkt 4) oraz stopień jej zaawansowania (określenie klasy NYHA); 7) badania laboratoryjne krwi/ surowicy: morfologia krwi z rozmazem; układ krzepnięcia: APTT, INR; AST, ALT, TSH, bilirubina, mocznik, kreatynina, eGFR, glukoza, białko całkowite, albumina, prealbumina; 8) badanie moczu: ogólne, ocena albuminurii i proteinurii; 9) konsultacja nefrologiczna - opcjonalnie; 10) pomiar wskaźnika mBMI (modified body mass index); 11) stężenie witaminy A w surowicy krwi (badanie wykonane w ciągu ostatnich 3 miesięcy); 12) konsultacja okulistyczna ukierunkowana na zmiany związane z ATTRv i powikłaniami okulistycznymi niedoboru witaminy A; 13) hemoglobina glikowana; 14) diagnostyka białka monoklonalnego (metodą immunofiksacji) w surowicy i w moczu oraz wolne łańcuchy lekkie w surowicy krwi (FLC); 15) stężenie wit. B12 w surowicy.
--	--	---

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

Znaczna progresja choroby pomimo leczenia wutrisyranem, definiowana jako progresja polineuropatii do stadium III wg klasyfikacji Coutinho (pacjent nie chodzi samodzielnie) lub progresja objawów kardiomiopatii do klasy NYHA III lub IV, wymaga jednogłośnej zgody lekarza prowadzącego oraz Zespołu Koordynacyjnego co do zasadności kontynuacji terapii.

3. Kryteria wyłączenia

- 1) nieskuteczność terapii stwierdzona na wizycie monitorującej leczenie po 12 miesiącach leczenia definiowana jako progresja polineuropatii do stadium III wg klasyfikacji Coutinho;
- 2) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia (zgodnie z definicją przyjętą w pkt 2. *Określenie czasu leczenia w programie*), gdy w opinii lekarza prowadzącego oraz Zespołu Koordynacyjnego nie ma zasadności do kontynuacji terapii;
- 3) wystąpienie chorób lub stanów, które według oceny lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia;
- 4) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którykolwiek ze stosowanych leków lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku, uniemożliwiających kontynuację leczenia;
- 5) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania;
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;

2. Monitorowanie leczenia:

- 1) ocena stopnia zaawansowania polineuropatii poprzez następujące oceny:
 - a) badanie neurologiczne z oceną siły mięśniowej, odruchów ścięgnistych, czucia dotyku, bólu, temperatury, ułożenia i wibracji za pomocą skali NIS – Neuropathy Impairment Score;
 - b) ocena czynności układu autonomicznego z wykorzystaniem kwestionariusza CADT (Compound Autonomic Dysfunction Test);
 - c) badanie przewodnictwa nerwowego nerwów ruchowych i czuciowych 4-kończynowo;
 - d) ocena obecności i nasilenia bólu neuropatycznego za pomocą skali wzrokowo-analogowej (0-10) VAS - Visual Analogue Scale;
 - e) 10-metrowy test marszowy lub test 6-minutowego chodu – w zależności od stopnia zaawansowania choroby;
 - f) określenie stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho;
- 2) konsultacja kardiologiczna – z określeniem klasy NYHA – wykonana w ciągu miesiąca przed wizytą monitorującą;
- 3) badania laboratoryjne krwi/surowicy: morfologia krwi z rozmazem; układ krzepnięcia: APTT, INR; AST, ALT, bilirubina, mocznik, kreatynina, eGFR, glukoza, białko całkowite, albumina, prealbumina;
- 4) badanie moczu: ogólne, ocena albuminurii i proteinurii;
- 5) konsultacja nefrologiczna - opcjonalnie;

7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia, ze strony świadczeniobiorcy lub jego opiekuna prawnego.		6) pomiar wskaźnika mBMI (modified body mass index); 7) konsultacja okulistyczna ukierunkowana na zmiany związane z ATTRv i powikłaniami okulistycznymi niedoboru witaminy A - opcjonalnie; 8) stężenie witaminy A – wynik do 1 miesiąca. Badania wykonuje się co 6 miesięcy, za wyjątkiem badań pkt. 1c) oraz 8 które wykonuje się nie rzadziej niż co 12 miesięcy. Weryfikacja skuteczności leczenia przez Zespół Koordynacyjny odbywa się po 12 miesiącach terapii, a następnie co 6 miesięcy. Zespół Koordynacyjny w celu monitorowania adekwatnej odpowiedzi na leczenie w programie, na podstawie danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 3. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu, oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii: <i>stadium polineuropatii wg klasyfikacji Coutinho, wynik w skali NIS, prealbumina oraz klasa NYHA</i>; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-
--	--	---

		rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
--	--	---

LECZENIE PACJENTÓW Z PIERWOTNĄ NEFROPATIĄ IgA (ICD-10: N02.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
Kwalifikacji do programu oraz weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje lekarz prowadzący pacjenta, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. W programie finansuje się leczenie: 1) <i>budezonidem</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji - pacjenci z rozpoznaną pierwotną nefropatią IgA (IgAN), potwierdzoną biopsją nerki; - wiek ≥ 18 lat; - ryzyko szybkiej progresji choroby rozumianej jako utrzymujący się białkomocz (stosunek białka do kreatyniny w moczu [ang. urine protein creatinine ratio - UPCR] wynoszący $\geq 1,5$ g/gram) pomimo zoptymalizowanego leczenia nefroprotekcyjnego tj. maksymalnej tolerowanej lub maksymalnej dozwolonej dawki inhibitora konwertazy angiotensyny (ACEi) lub antagonisty receptora angiotensyny (ARB) przez ≥ 3 miesiące; - eGFR ≥ 35 ml/min/1,73 m²; - adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego (zwanej dalej	1. Dawkowanie Zalecana dawka budezonidu wynosi 16 mg raz na dobę przez 9 miesięcy. Jeśli leczenie ma być zakończone, dawkę należy zmniejszyć do 8 mg raz na dobę przez 2 tygodnie terapii; tę dawkę można zmniejszyć do 4 mg raz na dobę na dodatkowe 2 tygodnie, według uznania lekarza prowadzącego.	1. Badania przy kwalifikacji - wynik biopsji nerek potwierdzający rozpoznanie IgAN wykonanej w okresie ostatnich 24 miesięcy; - morfologia krwi; - ocena stężenia elektrolitów (sód, potas), kwasu moczowego i kreatyniny, eGFR, próby wątrobowe (AST, ALT, GGTP, fosfataza alkaliczna, bilirubina całkowita), glukozy i hemoglobiny glikowanej w surowicy; - badanie ogólne moczu; - ocena dobowego wydalania białka z moczem –na podstawie stosunku stężeń białka do kreatyniny w moczu (UPCR) - co najmniej 2 pomiary w odstępie co najmniej miesiąca; - pomiar ciśnienia tętniczego; - badanie okulistyczne. 2. Monitorowanie leczenia w 1, 3, 6 i 9 miesiącu terapii - morfologia krwi; - stężenie elektrolitów (sód, potas), kwasu moczowego i kreatyniny, eGFR, glukozy i hemoglobiny glikowanej w surowicy;

ChPL); 6) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL. Wszystkie powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie 1) finansowanie cyklu leczenia w ramach programu trwa 9 miesięcy oraz maksymalnie 1 miesiąc redukcji dawki; 2) w przypadku nawrotu aktywności choroby pacjent może ponownie rozpocząć leczenie w ramach programu pod warunkiem spełnienia kryteriów kwalifikacji; 3) w przypadkach uzasadnionych klinicznie, leczenie może zostać przerwane przez lekarza prowadzącego. Po ustąpieniu przyczyn przerwania leczenia w programie, możliwe jest wznowienie udziału w programie celem dokończenia leczenia, za zgodą lekarza prowadzącego, jeżeli przewiduje się uzyskanie korzyści klinicznych przez pacjenta i jeżeli zostaną ponownie spełnione kryteria kwalifikacji do programu. Leczenie budesonidem w ramach programu lekowego zostanie wydłużony o ten czas. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie nadwrażliwości na budesonid lub na którąkolwiek		3) badanie ogólne moczu; 4) ocena dobowego wydalania białka z moczem na podstawie stosunku stężeń białka do kreatyniny w moczu (UPCR); 5) pomiar ciśnienia tętniczego. 3. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa Wskaźniki efektywności ocenione po 9 miesiącach leczenia: 1) ocena zmniejszenia białkomoczu na podstawie wskaźnika białko/kreatynina w moczu (UPCR) po 9 miesiącach w porównaniu z wartością wyjściową. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
---	--	--

substancję pomocniczą; 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C według klasyfikacji Childa-Pugha); 3) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z leczeniem, wymagających przerwania terapii w ocenie lekarza prowadzącego lub wystąpienie określonych w aktualnym ChPL przeciwwskazań do leczenia; 4) okres ciąży lub karmienia piersią, chyba że istnieją przekonujące powody uzasadniające stosowanie leku, zgodnie z aktualną ChPL; 5) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z ZAAWANSOWANYM NOWOTWOREM PODŚCIELISKOWYM PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST) (ICD-10: C15, C16, C17, C18, C20, C48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie chorych z pierwotnym, zaawansowanym lub nawrotowym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST): 1) ripretynibem w monoterapii, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek 18 lat i powyżej; 2) rozpoznanie mięsaka podścieliskowego przewodu pokarmowego potwierdzone histologicznie; 3) leczenie choroby zaawansowanej: brak możliwości wykonania resekcji lub obecność przerzutów udokumentowana na podstawie oceny stanu klinicznego lub wyników badań obrazowych; 4) stosowanie uprzednio 3 lub więcej inhibitorów kinaz, w tym imatynibu; 5) udokumentowana progresja lub nietolerancja leczenia inhibitorami kinaz, w tym imatynibem, pomimo modyfikacji dawkowania (3.-4. stopień toksyczności);	1. Dawkowanie 1.1. ripretynib Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego ripretynibu.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność transaminaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny; 5) poziom albumin; 6) pomiar ciśnienia tętniczego; 7) EKG; 8) ocena frakcji wyrzutowej na podstawie echokardiogramu; 9) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań); 10) ocena skóry pod kątem nowotworów złośliwych skóry; 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie wg aktualnych kryteriów RECIST 1.1.

6) obecność przynajmniej jednej zmiany możliwej do zmierzenia zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1; 7) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG; 8) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL); 9) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzone przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 10) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 11) brak aktywnych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego; 12) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią; 13) zgoda pacjenta na prowadzenie antykoncepcji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. 2. Określenie czasu leczenia w programie		2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Pierwsze badanie monitorujące należy wykonać po 4-6 tygodniach od rozpoczęcia leczenia ripretynibem. Następne badania kontrolne należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12-14 tygodni. 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) badanie ogólne moczu; 3) aktywność aminotransferaz wątrobowych; 4) stężenie bilirubiny i kreatyniny; 5) poziom albumin; 6) pomiar ciśnienia tętniczego; 7) EKG; 8) ocena frakcji wyrzutowej na podstawie echokardiogramu - badanie wykonywane w zależności od potrzeby klinicznej; 9) tomografia komputerowa odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych (minimum jama brzuszna i miednica) – pierwsze badanie - po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, następne badania co 3-4 miesiące; 10) ocena skóry pod kątem nowotworów złośliwych skóry - badanie wykonywane w zależności od potrzeby klinicznej; 11) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym); 12) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie TK lub MR odpowiednich obszarów ciała (minimum jama brzuszna i miednica) – pierwsze badanie po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, następne badania co 3-4 miesiące;
---	--	--

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia. 3. Kryteria wyłączenia z programu 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ripretynib lub którykolwiek z pozostałych składników tego leku; 2) progresja choroby oceniona zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1; 3) utrzymywanie się toksyczności według skali WHO większej bądź równej 3; 4) wystąpienie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności, pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 5) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 6) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza; 7) okres ciąży lub karmienia piersią; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów.		2) inne badania laboratoryjne i obrazowe w razie wskazań klinicznych. Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z aktualnie obowiązującymi kryteriami RECIST 1.1. Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia lekarz prowadzący określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: a) całkowitą (CR) lub częściową odpowiedź (PR) na leczenie, b) stabilizację (SD) lub progresję choroby (PD), c) całkowite przeżycie (OS) i czas do progresji (PFS). 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych, w tym również parametrów dotyczących skuteczności leczenia (całkowita (CR) lub częściowa odpowiedź (PR), stabilizacja (SD) lub progresja choroby (PD) oraz czas do progresji (PFS) i całkowite przeżycie (OS)), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ŁYSIENIA PLACKOWATEGO (ICD-10: L63)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W ramach programu lekowego udostępnia się terapię: 1) <i>ritlecytinibem</i>, zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji - wiek 12 lat i powyżej; - rozpoznanie łysienia plackowatego potwierdzone badaniem przedmiotowym i badaniem trichoskopowym lub badaniem histologicznym; - ciężka postać choroby definiowana jako wynik w skali SALT (Severity of Alopecia Tool) ≥ 50; - łysienie plackowate trwające bez odrostu od 6 miesięcy; - nieskuteczność co najmniej jednego leczenia systemowego lub nietolerancja dotychczasowej terapii; - adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; - brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL);	1. Dawkowanie Szczegóły dotyczące sposobu podawania, ewentualnego czasowego wstrzymania leczenia oraz ewentualnego zmniejszania dawki leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego. Zalecana i jednocześnie maksymalna dawka <i>ritlecytinibu</i> to 50 mg przyjmowane raz na dobę.	1. Badania przy kwalifikacji - morfologia krwi z rozmazem; - oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP); - oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); - oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); - oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; - oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; - oznaczenie poziomu mocznika w surowicy; - oznaczenie antygenu HBS; - oznaczenie przeciwciał anty-HCV; - oznaczenie HCV RNA metodą ilościową PCR – w przypadku pozytywnego wyniku na przeciwciała anty-HCV; - oznaczenie przeciwciał anty-HIV; - test Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy; - test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym; - badanie trichoskopowe; - ocena nasienia objawów choroby w skali SALT;

8) nieobecność istotnych schorzeń współistniejących lub stanów klinicznych stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 9) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni substancją czynną finansowaną w programie lekowym w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem trwających badań klinicznych tego leku, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Lekarz może podjąć decyzję o wstrzymaniu leczenia w programie w przypadku stwierdzenia: ciężkiego zakażenia lub zakażenia oportunistycznego lub bezwzględnej liczby limfocytów (ALC) $< 0,5 \times 10^3 / \text{mm}^3$ lub liczby płytek krwi $< 50 \times 10^3 / \text{mm}^3$ lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających podanie leku. <u>W przypadku przerwy wynoszącej ponad 6 tyg. pacjent musi przejść ponowną kwalifikację do programu.</u> 2. Określenie czasu leczenia Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w pkt 4. W przypadku zajścia w ciążę leczenie ritlecetynibem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz		16) ocena jakości życia za pomocą kwestionariusza DLQI u dorosłych oraz cDLQI u osób < 18 rż. 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia białka C – reaktywnego (CRP); 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 5) oznaczenie stężenia glukozy w surowicy krwi; 6) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy krwi; 7) oznaczenie poziomu mocznika w surowicy. Badanie wykonywane są po 1 miesiącu (± 14 dni), po 3 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia terapii, a następnie kontynuowane co 3 miesiące (± 14 dni). 3. Monitorowanie skuteczności leczenia 1) badanie trichoskopowe; 2) ocena nasilenia objawów choroby w skali SALT; 3) ocena jakości życia za pomocą kwestionariusza DLQI u dorosłych oraz cDLQI u osób < 18 rż. Badania wykonywane są po 6 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia terapii, a następnie kontynuowane co 6 miesięcy (± 14 dni). 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich
--	--	--

może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby. 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia W celu potwierdzenia skuteczności leczenia pacjent musi uzyskać adekwatną odpowiedź na leczenie definiowaną jako: a) uzyskanie co najmniej SALT20 lub 50% redukcja SALT po 6 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia leczenia oraz utrzymywanie się co najmniej uzyskanej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (± 14 dni) w trakcie aktywnego leczenia w programie. Pełna odpowiedź na leczenie definiowana jest jako: b) uzyskanie co najmniej SALT10 lub 90% redukcja SALT po 6 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia leczenia oraz utrzymywanie się co najmniej uzyskanej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (± 14 dni) w trakcie aktywnego leczenia w programie. 4. Kryteria wyłączenia 1) brak uzyskania co najmniej adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z definicją przedstawioną w pkt a) <i>Kryteria oceny skuteczności leczenia</i> tj. uzyskanie co najmniej SALT20 lub 50% redukcja SALT po 6 miesiącach (± 14 dni) od rozpoczęcia leczenia oraz utrzymywanie się co najmniej uzyskanej odpowiedzi w trakcie kolejnych ocen co 6 m-cy (± 14 dni) w trakcie aktywnego leczenia w programie; 2) uzyskanie trwałej remisji choroby, która w opinii lekarza prowadzącego umożliwia zakończenie podawania leku w ramach programu;		przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników oceny skuteczności terapii zawartych w pkt 3. Kryteria oceny skuteczności leczenia tj. wynik w skali SALT oraz % redukcja SALT; 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).
---	--	--

3) ciąża lub laktacja – gdy leczenie nie zostaje zawieszone zgodnie z opisem w <i>Określenie czasu leczenia w programie</i>; 4) wystąpienie nadwrażliwości na lek lub substancję pomocniczą uniemożliwiające kontynuację leczenia; 5) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z decyzją lekarza; 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia, m.in. aktywne ciężkie zakażenie, w tym gruźlica; 7) wystąpienie zagrażającej życiu albo nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 8) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów, dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		
--	--	--

Załącznik B.174.

LECZENIE CHORYCH NA ATAKSJĘ FRIEDREICHA (ICD-10: G11.1)

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 chorych na ataksję Friedreicha, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. 1. Kryteria kwalifikacji Do leczenia omaweloksolonem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie poniższe kryteria: 1) wiek: 16 lat i powyżej; 2) rozpoznanie ataksji Friedreicha potwierdzone badaniem genetycznym; 3) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami aktualnej ChPL; 4) brak istotnych chorób współistniejących stanowiących przeciwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o aktualną ChPL; 5) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia, którzy byli leczeni dotychczas w ramach innego sposobu finansowania terapii, za wyjątkiem	1. Dawkowanie leku w programie Sposób podawania oraz ewentualne czasowe wstrzymania leczenia, prowadzone zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego (ChPL) lub przyjętą praktyką kliniczną. Maksymalna dawka to 150 mg omaweloksolonu raz na dobę.	1. Badania przy kwalifikacji: 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej; 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej; 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi; 4) oznaczenie stężenia glukozy i HbA1c we krwi; 5) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL i HDL, triglicerydów; 6) badanie stężenia peptydu natriuretycznego typu B (BNP lub NT-pro-BNP); 7) elektrokardiografia (EKG); 8) echokardiografia (ECHO); 9) konsultacja kardiologiczna; 10) pomiar masy ciała; 11) test ciążowy (oświadczenie o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym); 12) konsultacja neurologiczna z oceną stopnia ciężkości choroby w skali mFARS wraz z określeniem wartości przy rozpoczynaniu leczenia.

trwających badań klinicznych, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia omaweloksolonem spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

2. Określenie czasu leczenia w programie

U pacjentów po ukończeniu 18 r.ż., leczenie trwa do momentu określonego kryteriami wyłączenia w pkt. 3. W szczególnych przypadkach, w których w przebiegu choroby udokumentowano istotne spowolnienie postępu dysfunkcji innych niż uwzględniane w skali mFARS, na wniosek ośrodka prowadzącego, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia.

U pacjentów przed ukończeniem 18 r.ż., leczenie trwa do momentu podjęcia decyzji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha.

Z powodu potwierdzonej ciąży oraz w okresie karmienia piersią, możliwe jest czasowe zawieszenie leczenia z możliwością powrotu do stosowanej terapii.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych.

Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.

3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak skuteczności terapii definiowany jako pogorszenie o więcej niż 2 punkty średnio rocznie w skali mFARS potwierdzone w dwóch kolejnych ocenach rocznych z zaznaczeniem, że:

Warunkiem kwalifikacji do programu jest posiadanie dokumentacji medycznej wraz z badaniem genetycznym na podstawie której postawiono rozpoznanie ataksji Friedreicha;

2. Monitorowanie leczenia

Raz w miesiącu, przez pierwsze 3 miesiące leczenia, a następnie okresowo, zależnie od wskazań klinicznych należy wykonać:

- 1) oznaczenie stężenia aminotransferazy alaninowej;
- 2) oznaczenie stężenia aminotransferazy asparaginianowej;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny we krwi.

Co 6 miesięcy, w 1. roku leczenia i raz na 12 miesięcy od 2. roku leczenia należy wykonać:

- 1) lipidogram – oznaczenie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL i HDL, triglicerydów;
- 2) badanie stężenia peptydu natriuretycznego typu B (BNP lub NT-pro-BNP);
- 3) pomiar masy ciała.

Raz na 12 miesięcy należy wykonać:

- 1) elektrokardiografia (EKG);
- 2) echokardiografia (ECHO);
- 3) konsultacja kardiologiczna.

Ocenę skuteczności na podstawie redukcji stopnia ciężkości choroby w skali mFARS wykonuje się co 6 miesięcy.

Na podstawie ww. badań w celu monitorowania skuteczności leczenia Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję

a) w szczególnych przypadkach, w których w przebiegu choroby udokumentowano istotne spowolnienie postępu dysfunkcji innych niż uwzględniane w skali mFARS, na wniosek ośrodka prowadzącego, Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia, b) nie dotyczy pacjentów przed ukończeniem 18 r.ż., u których leczenie trwa do momentu podjęcia decyzji przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha; 2) pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego; 3) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha uniemożliwiają kontynuację leczenia; 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii Zespołu Koordynacyjnego ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha uniemożliwiają kontynuację leczenia; 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 lub jego prawnych opiekunów w szczególności dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia.		Friedreicha określa dla indywidualnego pacjenta wskaźniki odpowiedzi na leczenie, w tym: - zmiana wyniku w skali mFARS w ciągu 12 miesięcy leczenia. Dane gromadzone są w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych i analizowane przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia chorych na ataksję Friedreicha, który podsumowuje wyniki leczenia w programie lekowym na koniec każdego roku. 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; w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) wynik w skali mFARS przy rozpoczęciu leczenia, b) wynik w skali mFARS podczas oceny skuteczności; 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.175.

LECZENIE CHORYCH Z ZESPOŁEM ALAGILLE'A (ICD-10 Q44.7)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
W programie finansuje się leczenie świądu w przebiegu cholestazy u pacjentów z zespołem Alagille'a: 1) <i>maraliksiybatem</i> zgodnie ze wskazanymi w opisie programu warunkami i kryteriami. 1. Kryteria kwalifikacji 1) wiek co najmniej 2 miesiące; 2) stężenie kwasów żółciowych w surowicy powyżej 70 $\mu\text{mol/l}$ w ciągu miesiąca przed kwalifikacją do programu; 3) w wywiadzie trudny w opanowaniu świąd, tj. wynik w skali ItchRO(Obs) $>2,0$ w ciągu miesiąca przed kwalifikacją do programu; 4) cholestaza: tj. stężenie bilirubiny bezpośredniej powyżej 1 mg/dl; 5) udokumentowany brak skuteczności innych metod leczenia, w tym kwasu ursodeoksycholowego (UDCA) oraz ryfampicyny, po minimum trzech miesiącach leczenia, w optymalnych dawkach na masę ciała; 6) brak przeciwwskazań do stosowania leku zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lekicznego (ChPL);	1. Dawkowanie 1.1. maraliksiybat Dawkowanie i sposób podawania maraliksiybatu – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Lekicznego. Leczenie powinien rozpoczynać i nadzorować lekarz mający doświadczenie w leczeniu zespołu Alagille'a.	1. Badania przy kwalifikacji 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kwasów żółciowych; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie aktywności gamma glutamylotransferazy (GGT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 7) ocena stężenia międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR); 8) oznaczenie stężenia kreatyniny i mocznika; 9) oznaczenie poziomu witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E; 10) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram); 11) badanie przedmiotowe wraz z oceną nasilenia świądu z użyciem 5-punktowej skali ItchRO(Obs);

7) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych umożliwiające w opinii lekarza prowadzącego bezpieczne rozpoczęcie terapii; 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią. Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie. Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego. Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub karmieniem piersią, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia. Do programu włączani są ponownie pacjenci, którzy zakwalifikowali się do leczenia w ramach programu i po 24 miesiącach leczenie zostało zawieszone w celu sprawdzenia czy jest ono nadal wymagane, i u których po 4 tygodniach obserwacji stwierdzono wzrost nasilenia świądu w oparciu o wynik w skali ItchRO(Obs) o co najmniej 1 punkt. 2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu 1) nadwrażliwość na maraliksiyat lub na którąkolwiek substancję pomocniczą; 2) chirurgiczne przerwanie krążenia jelitowo-wątrobowego; 3) historia przeszczepienia wątroby;		12) badania ultrasonograficzne jamy brzusznej (ocena wątroby, dróg żółciowych, śledziony oraz układu moczowego); 13) pomiary antropometryczne - wzrost, masa ciała, BMI (u dzieci); 14) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym). 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia Pierwsze badanie monitorujące należy wykonać po 4 tygodniach, od rozpoczęcia leczenia maraliksiybatem. Badania kontrolne wykonywane nie rzadziej niż raz na miesiąc, a po stabilizacji stanu klinicznego, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące: 1) morfologia krwi z rozmazem; 2) oznaczenie stężenia kwasów żółciowych; 3) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AST); 4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej (ALT); 5) oznaczenie aktywności gamma glutamylotransferazy (GGT); 6) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej i bezpośredniej; 7) oznaczenie stężenia kreatyniny i mocznika; 8) badanie przedmiotowe wraz z oceną nasilenia świądu z użyciem 5-punktowej skali ItchRO(Obs); 9) oznaczenie stężenia cholesterolu całkowitego, cholesterolu HDL, cholesterolu LDL i triglicerydów (lipidogram); 10) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym).
---	--	--

4) zdekompensowana marskość wątroby; 5) wcześniejsza lub obecna inna współistniejąca choroba wątroby; 6) przewlekła biegunka wymagająca stałego podawania płynów dożylnie lub interwencji żywieniowej; 7) występowanie lub obecność w przeszłości jakiegokolwiek innej choroby lub stanów, o których wiadomo, że zaburzą wchłanianie, dystrybucję, metabolizm lub wydalanie leków, w tym metabolizm soli żółciowych w jelicie. 3. Określenie czasu leczenia w programie Czas leczenia maraliksiybatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Po 24 miesiącach leczenia podawanie leku zostaje zawieszone w celu oceny po 4 tygodniach obserwacji czy objawy świądu powrócą. Jeżeli po 4 tygodniach obserwacji stwierdzi się wzrost nasilenia świądu w oparciu o wynik w skali ItchRO(Obs) o co najmniej 1 punkt pacjent automatycznie zostaje zakwalifikowany ponownie do leczenia w ramach programu. W przypadku zajścia w ciążę leczenie maraliksiybatem zostaje zawieszone. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli objawów choroby. Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.		Badania kontrolne wykonywane nie rzadziej niż raz na 3 miesiące: 1) oznaczenie poziomu witamin rozpuszczalnych w tłuszczach: A, D, E; 2) ocena stężenia międzynarodowego współczynnika znormalizowanego (INR); 3) badania ultrasonograficzne jamy brzusznej (ocena wątroby, dróg żółciowych, śledziony oraz układu moczowego); 4) pomiary antropometryczne - wzrost, masa ciała, BMI (u dzieci); 5) konsultacje w razie wskazań klinicznych: okulistyczna, neurologiczna, kardiologiczna, nefrologiczna, gastrologiczna. Regularne monitorowanie w celu odpowiedniego nawodnienia u świadczeniobiorców, u których występuje biegunka. 3. Ocena skuteczności leczenia Skuteczność leczenia maraliksiybatem oceniana jest na podstawie: 1) stężenia kwasów żółciowych w surowicy krwi – leczenie uznaje się za skuteczne jeśli nastąpi zmniejszenie stężenia kwasów żółciowych w surowicy o co najmniej 50% względem wartości początkowych lub zostanie osiągnięte stężenie ≤ 70 $\mu\text{mol/l}$; 2) oceny świądu wg skali specyficznej dla schorzenia wg obserwatora ItchRO(Obs) – opiekunowie pacjenta wypełniają codziennie rano i wieczorem kwestionariusz ItchRO(Obs). Ocenie poddawane są wyniki średnie z każdego tygodnia obserwacji. Leczenie uznaje się za skuteczne jeśli zostanie osiągnięta pozytywna ocena świądu rozumiana jako zmniejszenie nasilenia świądu o co najmniej jeden punkt w porównaniu do wartości
--	--	--

4. Kryteria wyłączenia z programu 1) brak skuteczności leczenia stwierdzony na podstawie oceny głównych wskaźników efektywności terapii i oczekiwanych korzyści zgodnie z treścią pkt. 3. <i>Ocena skuteczności leczenia</i>; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na którąkolwiek substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) stwierdzenie nieakceptowalnej lub zagrażającej życiu toksyczności pomimo zastosowania adekwatnego postępowania; 4) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają dalsze prowadzenie leczenia; 5) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza prowadzącego; 6) okres ciąży lub karmienia piersią – gdy leczenie nie zostaje zawieszone zgodnie z opisem w <i>Określenie czasu leczenia w programie</i>; 7) brak współpracy lub nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, w tym zwłaszcza dotyczących okresowych badań kontrolnych oceniających skuteczność i bezpieczeństwo leczenia ze strony świadczeniobiorcy lub jego prawnych opiekunów; 8) pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu nieskuteczności lub braku odpowiedzi na leczenie nie powinien być ponownie włączany do terapii tą samą substancją czynną. 5. Kryteria ponownego włączenia do programu		wyjściowej (w momencie kwalifikacji do programu) w ostatnich 6 tygodniach 3 miesięcznego okresu obserwacji. Ocenę skuteczności leczenia <i>maraliksiybatem</i> na podstawie powyższych badań laboratoryjnych i obrazowych wykonuje się w 3 miesiącu od rozpoczęcia terapii, następnie co 3 miesiące. Odpowiedź kliniczna na leczenie <i>maraliksiybatem</i>, definiowana jest jako spełnienie jednego z warunków określonych w punktach 1 i 2. 4. Monitorowanie programu 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników efektywności: a) stężenia kwasów żółciowych, b) oceny świądu oraz jakości snu wg skali ItchRO(Obs), c) zmiany stężenia parametrów laboratoryjnych wyszczególnionych w pkt 2 <i>Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</i>. 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.
--	--	--

- | | | |
|--|--|--|
| <p>1) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta, przy spełnieniu przez niego kryteriów kwalifikacji oraz braku spełnienia kryteriów wykluczenia, w sytuacji gdy wstrzymanie leczenia trwało nie dłużej niż 3 miesiące;</p> <p>2) do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie z powodu wystąpienia chorób współistniejących i sytuacji niezależnych od pacjenta, po ustąpieniu wyżej wymienionych okoliczności, jeżeli w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta, przy spełnieniu przez niego kryteriów kwalifikacji oraz braku spełnienia kryteriów wykluczenia, w sytuacji gdy wstrzymanie leczenia trwało nie dłużej niż 3 miesiące.</p> | | |
|--|--|--|

C. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Abirateroni acetat	Abiral, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05901720140555	<1>2023-01-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	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 acetat	Abiraterone Accord, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05055565780886	<1>2022-11-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	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 acetat	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powł., 250 mg	120 szt.	09008732014020	<1>2022-11-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	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 acetat	Abiraterone G.L. Pharma, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	09008732014037	<1>2022-11-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	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 acetat	Abiraterone Glenmark, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991472276	<1>2022-11-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	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 acetat	Abiraterone Krka, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	03838989746711	<1>2022-11-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	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 acetat	Abiraterone Pharmascience, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991485764	<1>2022-11-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	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 acetat	Abiraterone Sandoz, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05907626709872	<1>2022-11-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	1121.0, Octan abirateronu	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
9	Abirateroni acetat	Abiraterone Sandoz, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05907626709865	<1>2022-11-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	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 acetat	Abiraterone STADA, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991474102	<1>2022-11-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1121.0, Octan abirateronu	3100,00	3348,00	3548,88	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
11	Abirateroni acetat	Abiraterone Vipham, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05901812162175	<1>2022-11-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>9 miesięcy	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 acetat	Grumabix, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05900411008624	2025-04-01	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
13	Abirateronum	Zytiga, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991307080	<1>2022-09-01/<2>2025-04-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1121.0, Octan abirateronu	9300,00	10044,00	10646,64	3434,40	<1>C.87.a.; <2>C.87.b.	bezpłatny	0 zł
14	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990648818	2025-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	59,80	64,58	68,46	68,46	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
15	Acidum levofolinicum	Levofolic 50 mg/ml roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 9 ml	05909990648825	2025-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	134,55	145,31	154,03	154,03	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
16	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	85,00	91,80	97,31	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
17	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991377717	<1><2>2025-01-01	3 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
18	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	05055565711958	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata 6 miesięcy	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	77,00	83,16	88,15	88,15	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
19	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	<1>2023-01-01/<2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>1 rok	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	80,00	86,40	91,58	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
20	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	<1>2024-07-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	83,00	89,64	95,02	91,58	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł

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
21	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991359850	2025-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
22	Anagrelidum	Anagrelide Bluefish, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991422929	2024-10-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	219,00	236,52	250,71	250,71	C.72.	bezpłatny	0 zł
23	Anagrelidum	Anagrelide Glenmark, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05902020241652	2025-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	300,00	324,00	343,44	343,44	C.72.	bezpłatny	0 zł
24	Anagrelidum	Anagrelide Stada, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991355135	2025-04-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	350,00	378,00	400,68	400,68	C.72.	bezpłatny	0 zł
25	Anagrelidum	Anagrelide Vipham, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991354480	2024-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
26	Anagrelidum	Anagrelide Vipham, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991354503	2024-07-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	800,00	864,00	915,84	915,84	C.72.	bezpłatny	0 zł
27	Anagrelidum	Thromboreductin, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909990670154	2025-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	430,00	464,40	492,26	457,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
28	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
29	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125; 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
30	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2024-07-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	55,00	59,40	62,96	62,96	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
31	Aprepitantum	Aprepitant Viartis, kaps. twarde, 125; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2023-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	60,00	64,80	68,69	68,69	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
32	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	7441,20	<1>C.65.b.; <2>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
33	Arsenii trioxidum	Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	10 fiolek po 6 ml	05909991404406	<1><2>2025-04-01/<3>2024-04-01	3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	7800,00	8424,00	8929,44	8929,44	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
34	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2024-10-01	2 lata	1122.0, Aksytymib	2096,79	2264,53	2400,41	2400,41	C.99.	bezpłatny	0 zł
35	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2024-10-01	2 lata	1122.0, Aksytymib	10484,01	11322,73	12002,09	12002,09	C.99.	bezpłatny	0 zł
36	Azacitidinum	Azacitidine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05055565758359	<1>2023-11-01/<2>2025-01-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	410,00	442,80	469,37	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
37	Azacitidinum	Azacitidine Betapharm, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	04251556500117	<1>2023-09-01; <2>2024-04-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	369,00	398,52	422,43	422,43	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
38	Azacitidinum	Azacitidine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05901797710859	<1>2024-07-01/<2>2023-05-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	368,00	397,44	421,29	421,29	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
39	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991452001	2024-07-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	369,00	398,52	422,43	422,43	C.69.a.	bezpłatny	0 zł
40	Azacitidinum	Azacitidine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 150 mg	05909991451998	2024-07-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	553,50	597,78	633,65	633,65	C.69.a.	bezpłatny	0 zł

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
41	Azacidinum	Azacididine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.	07613421045159	<1>2025-01-01/<2>2023-11-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	460,00	496,80	526,61	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
42	Azacidinum	Azacididine STADA, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991463489	<1>2022-09-01/<2>2024-10-01	<1><2>3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	380,00	410,40	435,02	435,02	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
43	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991198183	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1450,00	1566,00	1659,96	915,84	C.67.	bezpłatny	0 zł
44	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991198145	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	362,50	391,50	414,99	228,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
45	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Eugia, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991501143	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	750,00	810,00	858,60	858,60	C.67.	bezpłatny	0 zł
46	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Eugia, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991501136	2025-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	200,00	216,00	228,96	228,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
47	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (100 mg)	05902020241508	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	2075,00	2241,00	2375,46	915,84	C.67.	bezpłatny	0 zł
48	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (25 mg)	05902020241492	2023-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	518,75	560,25	593,87	228,96	C.67.	bezpłatny	0 zł
49	Bendamustini hydrochloridum monohydricum	Bendamustine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	5 fiol.po 4 ml	05909991497217	2024-07-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1450,00	1566,00	1659,96	915,84	C.67.	bezpłatny	0 zł
50	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05397315000074	2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
51	Bevacizumabum	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05397315000067	2025-04-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
52	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08436596260047	<1><3>2024-10-01/<2>2023-09-01/<4>2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1680,00	1814,40	1923,26	1923,26	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
53	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	<1><3>2024-10-01/<2><5>2023-09-01/<4>2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	420,00	453,60	480,82	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
54	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08715131021870	<1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2005,40	2165,83	2295,78	1923,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.	bezpłatny	0 zł
55	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><3>2024-01-01/<2>2023-09-01/<4>2025-07-01	<1><2><3>2 lata/<4>6 miesięcy	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	501,35	541,46	573,94	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.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
56	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05909991451349	<1><3>2025-04-01/<2>2024-04-01/<4>2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1690,00	1825,20	1934,71	1923,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
57	Bevacizumabum	Oyavas, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05909991451332	<1><3>2025-04-01/<2><5>2024-04-01/<4>2025-01-01	2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	422,50	456,30	483,68	480,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
58	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05996537007047	2025-07-01	<1><3>2 lata/<2><4>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1100,00	1188,00	1259,28	1259,28	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
59	Bevacizumabum	Vegzelma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05996537008044	2025-07-01	<1><3><5>2 lata/<2><4>3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	275,00	297,00	314,82	314,82	<1>C.82.a.; <2>C.82.b.; <3>C.82.c.; <4>C.82.d.	bezpłatny	0 zł
60	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990851188	2025-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	44,00	47,52	50,37	50,37	C.2.	bezpłatny	0 zł
61	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909990697427	2025-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.2.	bezpłatny	0 zł
62	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990696963	2022-11-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	47,50	51,30	54,38	51,90	C.2.	bezpłatny	0 zł
63	Bleomycini sulphas	Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę	1 fiol.po 10 ml	05909990946983	2025-07-01	3 lata	1003.0, Bleomycinum	103,40	111,67	118,37	118,37	C.3.	bezpłatny	0 zł
64	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
65	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
66	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
67	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05055565718339	2024-10-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	560,00	604,80	641,09	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
68	Bortezomibum	Bortezomib Eugia, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991451813	2025-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	120,00	129,60	137,38	137,38	C.76.	bezpłatny	0 zł
69	Bortezomibum	Bortezomib Ever Pharma, roztwór do wstrzykiwań, 2,5 mg/ml	1 fiol. 1,4 ml	05909991511166	2025-04-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	400,00	432,00	457,92	457,92	C.76.	bezpłatny	0 zł
70	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
71	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
72	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
73	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05902020241478	2025-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	540,00	583,20	618,19	460,78	C.76.	bezpłatny	0 zł
74	Bortezomibum	Bortezomib Reddy, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	04251958600705	2024-07-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	115,00	124,20	131,65	131,65	C.76.	bezpłatny	0 zł

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
75	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
76	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991056841	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutynib	1855,10	2003,51	2123,72	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
77	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991056865	2023-03-01	3 lata	1163.0, Bosutynib	9275,50	10017,54	10618,59	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
78	Bosutinibum	Bosutinib Stada, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991538491	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
79	Bosutinibum	Bosutinib Stada, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991538538	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
80	Bosutinibum	Bosutinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	08594739312159	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.102.	bezpłatny	0 zł
81	Bosutinibum	Bosutinib Zentiva, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	08594739312142	2025-01-01	2 lata	1163.0, Bosutynib	5000,00	5400,00	5724,00	5724,00	C.102.	bezpłatny	0 zł
82	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	100 szt.	05909990277926	2025-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	330,00	356,40	377,78	377,78	C.4.	bezpłatny	0 zł
83	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 4,5 ml	05909991452742	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5040,00	5443,20	5769,79	2594,69	C.97.	bezpłatny	0 zł
84	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991452728	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	5600,00	6048,00	6410,88	2882,99	C.97.	bezpłatny	0 zł
85	Cabazitaxelum	Cabazitaxel Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 6 ml	05909991452735	2025-04-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	6720,00	7257,60	7693,06	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
86	Cabazitaxelum	Cabazitaxel MSN, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml (60 mg) + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	05909991479909	2025-07-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
87	Cabazitaxelum	Eleber, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol. 1,5 ml (60 mg) + 1 fiol. 4,5 ml rozp.	08594739254732	2025-07-01	2 lata	1274.0, Kabazytaksel	3022,00	3263,76	3459,59	3459,59	C.97.	bezpłatny	0 zł
88	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
89	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
90	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
91	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
92	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	69,00	74,52	78,99	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
93	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	138,00	149,04	157,98	135,66	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
94	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	400,00	432,00	457,92	452,20	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
95	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05902020241720	2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1006.0, Capecitabinum	55,00	59,40	62,96	62,96	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
96	Capecitabinum	Capecitabinum Glenmark, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05902020241737	2024-04-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1006.0, Capecitabinum	368,00	397,44	421,29	421,29	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
97	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909991011079	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	59,25	63,99	67,83	67,83	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł
98	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991011239	<1>2025-04-01/<2>2023-09-01	3 lata	1006.0, Capecitabinum	394,98	426,58	452,17	452,17	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.	bezpłatny	0 zł

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
99	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 100 ml	05909990816194	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	238,00	257,04	272,46	272,46	C.6.	bezpłatny	0 zł
100	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990816163	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	37,00	39,96	42,36	42,36	C.6.	bezpłatny	0 zł
101	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990816170	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	94,50	102,06	108,18	108,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
102	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990816156	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	16,90	18,25	19,34	16,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
103	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990816187	2024-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	158,00	170,64	180,88	180,88	C.6.	bezpłatny	0 zł
104	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	16,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
105	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990450022	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	42,00	45,36	48,08	48,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
106	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 45 ml	05909990450039	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	128,50	138,78	147,11	147,11	C.6.	bezpłatny	0 zł
107	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990662753	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	171,00	184,68	195,76	195,76	C.6.	bezpłatny	0 zł
108	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 15 ml	05909990776733	2024-04-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	42,00	45,36	48,08	48,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
109	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 45 ml	05909990776740	2024-04-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	128,50	138,78	147,11	147,11	C.6.	bezpłatny	0 zł
110	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990776726	2025-01-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	22,50	24,30	25,76	16,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
111	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 60 ml	05909990851058	2025-07-01	2 lata	1005.0, Carboplatinum	171,00	184,68	195,76	195,76	C.6.	bezpłatny	0 zł
112	Cetuximabum	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990035946	<1>2025-04-01/<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1057.0, Cetuximab	3545,00	3828,60	4058,32	4058,30	<1>C.95.a.; <2>C.95.b.	bezpłatny	0 zł
113	Cetuximabum	Erbix, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2025-04-01/<2>2024-04-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1057.0, Cetuximab	709,00	765,72	811,66	811,66	<1>C.95.a.; <2>C.95.b.	bezpłatny	0 zł
114	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2025-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	71,00	76,68	81,28	81,28	C.8.	bezpłatny	0 zł
115	Ciclosporinum	Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	10 amp. po 1 ml	05909990119813	2025-01-01	3 lata	1007.0, Ciclosporinum	110,00	118,80	125,93	125,93	C.10.	bezpłatny	0 zł
116	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.a 100 ml	05909990958535	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	126,00	136,08	144,24	66,40	C.11.	bezpłatny	0 zł
117	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	12,60	13,61	14,43	6,64	C.11.	bezpłatny	0 zł
118	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	63,00	68,04	72,12	33,20	C.11.	bezpłatny	0 zł
119	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990838745	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	8,00	8,64	9,18	6,64	C.11.	bezpłatny	0 zł
120	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990894772	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	58,00	62,64	66,40	66,40	C.11.	bezpłatny	0 zł

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
121	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990838769	2024-04-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	39,00	42,12	44,65	33,20	C.11.	bezpłatny	0 zł
122	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990713417	2025-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	703,45	759,73	805,31	805,31	C.12.	bezpłatny	0 zł
123	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	07622436113142	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	38,16	41,21	43,69	43,68	C.13.	bezpłatny	0 zł
124	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07622436113159	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	76,32	82,43	87,37	87,36	C.13.	bezpłatny	0 zł
125	Cyclophosphamidum	Cyclophosphamide Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań / do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 5 ml	07622436113135	2024-10-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	19,08	20,61	21,84	21,84	C.13.	bezpłatny	0 zł
126	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol.	05909990241019	2025-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	50,89	54,96	58,26	43,68	C.13.	bezpłatny	0 zł
127	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg	1 fiol.	05909990240913	2025-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	13,50	14,58	15,45	8,74	C.13.	bezpłatny	0 zł
128	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	2025-01-01	3 lata	1010.2, Cyclophosphamidum p.o.	67,15	72,52	76,87	76,87	C.13.	bezpłatny	0 zł
129	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990640188	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	7,80	8,42	8,96	8,96	C.14.	bezpłatny	0 zł
130	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990181216	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	39,00	42,12	44,65	44,65	C.14.	bezpłatny	0 zł
131	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990181223	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	78,00	84,24	89,29	89,29	C.14.	bezpłatny	0 zł
132	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990624935	2025-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	156,00	168,48	178,59	178,59	C.14.	bezpłatny	0 zł
133	Dacarbazinum	Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg	10 fiol.po 100 mg	05909991029500	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	168,00	181,44	192,33	183,16	C.16.	bezpłatny	0 zł
134	Dacarbazinum	Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 1000 mg	05909991029807	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	160,00	172,80	183,17	183,16	C.16.	bezpłatny	0 zł
135	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fiol.po 200 mg	05909991029609	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	320,00	345,60	366,34	366,32	C.16.	bezpłatny	0 zł
136	Dacarbazinum	Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 500 mg	05909991029708	2024-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	80,00	86,40	91,58	91,58	C.16.	bezpłatny	0 zł
137	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990739035	2024-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
138	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2024-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2565,90	2771,17	2937,44	2937,44	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
139	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 111 mg	30 szt.	08594739302136	2024-04-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
140	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 16 mg	60 szt.	08594739302143	<1>2024-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
141	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08594739302259	<1>2024-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
142	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 63 mg	30 szt.	08594739302242	<1>2024-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.c.	bezpłatny	0 zł
143	Dasatinibum	Daruph, tabl. powł., 79 mg	30 szt.	08594739264151	<1>2024-04-01/<2>2025-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3000,00	3240,00	3434,40	3434,40	<1>C.92.a.; C.92.b.; <2>C.92.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
144	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	07613421021856	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2760,00	2980,80	3159,65	3159,65	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
145	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	07613421021863	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3864,00	4173,12	4423,51	4423,51	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
146	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	07613421021825	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1104,00	1192,32	1263,86	1263,86	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
147	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	07613421021832	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2760,00	2980,80	3159,65	3159,65	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
148	Dasatinibum	Dasatinib Sandoz, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	07613421021849	2024-07-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2208,00	2384,64	2527,72	2527,72	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
149	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991472320	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3250,00	3510,00	3720,60	3720,60	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
150	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909991472337	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	4550,00	4914,00	5208,84	5208,84	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
151	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991472283	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	1300,00	1404,00	1488,24	1488,24	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
152	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991472290	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	3250,00	3510,00	3720,60	3720,60	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
153	Dasatinibum	Dasatinib SUN, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991472313	2024-01-01	2 lata	1059.0, Dazatynib	2600,00	2808,00	2976,48	2976,48	<1>C.92.a.; <2>C.92.b.	bezpłatny	0 zł
154	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powł., 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
155	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powł., 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
156	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powł., 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
157	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powł., 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
158	Dasatinibum	Dasatinib Viatris, tabl. powł., 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
159	Daunorubicini hydrochloridum + Cytarabinum	Vyxeos liposomal, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 44 + 100 mg	1 fiol.	00368727109827	2024-10-01	2 lata	1011.3, Daunorubicyna + Cytarabina	22110,00	23878,80	25311,53	25311,53	C.83.	bezpłatny	0 zł
160	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 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
161	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 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
162	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 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
163	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 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
164	Dazatynib	Dasatinib Stada, tabl. powł., 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
165	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 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
166	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 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
167	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 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
168	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 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
169	Dazatynib	Dasatinib Zentiva, tabl. powł., 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
170	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671601	2022-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	12582,77	13589,39	14404,76	4293,00	C.92.a.	bezpłatny	0 zł
171	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909990818655	2022-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	17615,88	19025,15	20166,66	6010,20	C.92.a.	bezpłatny	0 zł
172	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990621323	2022-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5033,11	5435,76	5761,91	1717,20	C.92.a.	bezpłatny	0 zł
173	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990621354	2022-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	12582,77	13589,39	14404,76	4293,00	C.92.a.	bezpłatny	0 zł
174	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990818631	2022-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	10066,21	10871,51	11523,79	3434,40	C.92.a.	bezpłatny	0 zł
175	Dexamethasoni phosphas	Demezon, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2023-09-01	3 lata	1161.0, Deksametazon	13,50	14,58	15,45	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
176	Dexamethasoni phosphas	Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml	5 amp. 1 ml	05907464420700	2024-07-01	3 lata	1161.0, Deksametazon	16,50	17,82	18,89	15,45	C.0.17.	bezpłatny	0 zł

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
177	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 16 ml	05909990850280	2025-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	400,00	432,00	457,92	274,72	C.19.	bezpłatny	0 zł
178	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990777020	2025-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	200,00	216,00	228,96	137,36	C.19.	bezpłatny	0 zł
179	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
180	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990994564	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	120,00	129,60	137,38	137,36	C.19.	bezpłatny	0 zł
181	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990994601	2023-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	240,00	259,20	274,75	274,72	C.19.	bezpłatny	0 zł
182	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990614844	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	152,00	164,16	174,01	174,00	C.20.	bezpłatny	0 zł
183	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990429028	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	38,00	41,04	43,50	43,50	C.20.	bezpłatny	0 zł
184	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990429011	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	8,00	8,64	9,18	8,70	C.20.	bezpłatny	0 zł
185	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990614837	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	76,00	82,08	87,00	87,00	C.20.	bezpłatny	0 zł
186	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990851409	2025-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	112,00	120,96	128,22	128,22	C.20.	bezpłatny	0 zł
187	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990851386	2025-04-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	9,40	10,15	10,76	8,70	C.20.	bezpłatny	0 zł
188	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991141882	2025-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	57,00	61,56	65,25	65,25	C.20.	bezpłatny	0 zł
189	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
190	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990983018	2025-04-01	2 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1354,50	1462,86	1550,63	1064,66	C.22.	bezpłatny	0 zł
191	Doxorubicinum	Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990983032	2024-07-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	2325,00	2511,00	2661,66	2661,65	C.22.	bezpłatny	0 zł
192	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990851393	2024-04-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	42,00	45,36	48,08	43,50	C.20.	bezpłatny	0 zł
193	Doxorubicinum	Myocet liposomal, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do koncentratu do sporządzania dyspersji do infuzji, 50 mg	2 zest. po 3 fiol.	05909990213559	2025-04-01	3 lata	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	3005,38	3245,81	3440,56	3440,56	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł
194	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991104344	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	500,00	540,00	572,40	526,60	C.23.	bezpłatny	0 zł
195	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991104320	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	125,00	135,00	143,10	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
196	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991104313	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	25,00	27,00	28,62	26,33	C.23.	bezpłatny	0 zł
197	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991104337	2025-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	250,00	270,00	286,20	263,30	C.23.	bezpłatny	0 zł

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
198	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990796397	2025-04-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	115,00	124,20	131,65	131,65	C.23.	bezpłatny	0 zł
199	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
200	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
201	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 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
202	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 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
203	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991233297	2025-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	27,90	30,13	31,94	31,94	C.24.	bezpłatny	0 zł
204	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991233303	2025-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	55,90	60,37	63,99	63,99	C.24.	bezpłatny	0 zł
205	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
206	Everolimusum	Afinitor, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990711598	<1>2024-07-01/<2>2023-11-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	12000,00	12960,00	13737,60	7555,68	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
207	Everolimusum	Afinitor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990711567	<1>2024-07-01/<2>2023-11-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	8620,00	9309,60	9868,18	3777,84	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
208	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2025-04-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	6600,00	7128,00	7555,68	7555,68	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
209	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2025-04-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	3300,00	3564,00	3777,84	3777,84	C.91.a.; C.91.b.	bezpłatny	0 zł
210	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991372538	<1>2024-07-01<2>2025-07-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	4200,00	4536,00	4808,16	4808,16	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
211	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991372514	<1>2024-07-01<2>2025-07-01	2 lata	1086.0, Ewerolimus	2100,00	2268,00	2404,08	2404,08	<1>C.91.a.; <2>C.91.b.	bezpłatny	0 zł
212	Everolimusum	Everolimus Vipham, tabl., 10 mg	30 szt.	05901812161307	<1>2024-10-01/<2>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
213	Everolimusum	Everolimus Vipham, tabl., 5 mg	30 szt.	05901812161277	<1>2024-10-01/<2>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
214	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990900602	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	10125,00	10935,00	11591,10	11591,10	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
215	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990900565	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	3637,50	3928,50	4164,21	2897,78	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
216	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990900589	2023-09-01	3 lata	1086.1, Ewerolimus - 2	7275,00	7857,00	8328,42	5795,55	C.91.c.	bezpłatny	0 zł
217	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
218	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
219	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
220	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
221	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz. po 0,5 ml	05909990687787	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	203,19	219,45	232,61	232,61	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
222	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687763	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	71,50	77,22	81,85	58,88	C.0.06.	bezpłatny	0 zł

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
223	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz. po 0,5 ml	05909990687848	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	325,16	351,17	372,24	372,24	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
224	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687800	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	106,96	115,52	122,45	94,20	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
225	Fludarabini phosphas	Fludara, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909991183325	2025-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1439,00	1554,12	1647,37	1647,37	C.25.	bezpłatny	0 zł
226	Fluorouracilum	5 Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990450633	2025-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	13,49	14,57	15,44	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
227	Fluorouracilum	5-Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 500 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990336258	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	67,00	72,36	76,70	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
228	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990774784	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	5,60	6,05	6,59	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
229	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990774807	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	56,00	60,48	64,11	64,11	C.26.	bezpłatny	0 zł
230	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990774791	2024-04-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	11,20	12,10	12,82	12,82	C.26.	bezpłatny	0 zł
231	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990477814	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,90	7,45	7,99	6,59	C.26.	bezpłatny	0 zł
232	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990478019	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	67,00	72,36	76,70	65,90	C.26.	bezpłatny	0 zł
233	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990477913	2025-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	13,30	14,36	15,23	13,18	C.26.	bezpłatny	0 zł
234	Fulvestrantum	Fulvestrant EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991411022	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł
235	Fulvestrantum	Fulvestrant Stada, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991422189	2024-10-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	470,00	507,60	538,06	538,06	C.27.	bezpłatny	0 zł
236	Fulvestrantum	Fulvestrant SUN, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991389765	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	460,00	496,80	526,61	526,61	C.27.	bezpłatny	0 zł
237	Fulvestrantum	Fulvestrant Vipham, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strzyk. z zabezpieczeniem	05901812161888	2025-04-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	432,00	466,56	494,55	494,55	C.27.	bezpłatny	0 zł
238	Fulvestrantum	Fulvestrant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991399221	2024-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	478,00	516,24	547,21	547,21	C.27.	bezpłatny	0 zł
239	Gefitynibum	Gefitinib Accord, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2024-10-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	900,00	972,00	1030,32	1030,32	C.80.	bezpłatny	0 zł
240	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990976089	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	75,00	81,00	85,86	85,86	C.28.	bezpłatny	0 zł
241	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990976072	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	16,50	17,82	18,89	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
242	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990976102	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	150,00	162,00	171,72	171,72	C.28.	bezpłatny	0 zł
243	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990871032	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	95,00	102,60	108,76	94,45	C.28.	bezpłatny	0 zł

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
244	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990870998	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	25,00	27,00	28,62	18,89	C.28.	bezpłatny	0 zł
245	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990871049	2025-01-01	2 lata	1020.0, Gemcitabinum	190,00	205,20	217,51	188,90	C.28.	bezpłatny	0 zł
246	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt.	05909990836758	2025-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
247	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2025-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	79,74	86,12	91,28	91,28	C.29.	bezpłatny	0 zł
248	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	05909990241118	2025-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	111,50	120,42	127,65	115,34	C.31.	bezpłatny	0 zł
249	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	05909990241217	2025-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	201,50	217,62	230,68	230,68	C.31.	bezpłatny	0 zł
250	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05055565726983	<1><2><3>2023-09-01/<4>2025-04-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, 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
251	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05055565726990	<1><2><3>2023-09-01/<4>2025-04-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, 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
252	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2024-01-01/<3>2024-07-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatynib -2	215,00	232,20	246,13	246,13	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
253	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2024-01-01/<3>2024-07-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatynib -2	430,00	464,40	492,26	492,26	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
254	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2024-01-01/<3>2024-10-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatynib -2	240,00	259,20	274,75	246,13	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
255	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2024-01-01/<3>2024-10-01/<4>2025-01-01	<1><2><3>3 lata/<4>2 lata	1064.1, Imatynib -2	480,00	518,40	549,50	492,26	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.; <4>C.70.d.	bezpłatny	0 zł
256	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05055565731345	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	150,00	162,00	171,72	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
257	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05055565731321	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	20,00	21,60	22,90	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
258	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05055565731352	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	250,00	270,00	286,20	242,32	C.35.	bezpłatny	0 zł
259	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05055565731338	2025-04-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	50,00	54,00	57,24	48,46	C.35.	bezpłatny	0 zł
260	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990796946	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	127,00	137,16	145,39	145,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
261	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990726943	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	18,80	20,30	21,52	19,39	C.35.	bezpłatny	0 zł
262	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990796953	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.35.	bezpłatny	0 zł

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
263	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fioł.po 5 ml	05909990726950	2025-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	41,50	44,82	47,51	47,51	C.35.	bezpłatny	0 zł
264	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2025-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	4117,56	4446,96	4713,78	4713,78	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
265	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094416	<1>2025-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	2478,35	2676,62	2837,21	2514,16	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
266	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2025-01-01/<2>2023-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	3294,24	3557,78	3771,24	3771,24	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
267	Lapatynibum	Brastib, tabl. powł., 250 mg	140 szt.	05909991507831	2024-01-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	4000,00	4320,00	4579,20	4579,20	C.96.	bezpłatny	0 zł
268	Lapatynibum	Brastib, tabl. powł., 250 mg	70 szt.	05909991507817	2024-01-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2000,00	2160,00	2289,60	2289,60	C.96.	bezpłatny	0 zł
269	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	140 szt.	05909990851973	2025-07-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	5979,16	6457,49	6844,94	4579,20	C.96.	bezpłatny	0 zł
270	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	70 szt.	05909990851966	2025-07-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	2989,58	3228,75	3422,47	2289,60	C.96.	bezpłatny	0 zł
271	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991466206	<1><3>2025-01-01/<2>2022-11-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
272	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991450946	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
273	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 20 mg	21 szt.	05909991450953	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
274	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991450960	<1><2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
275	Lenalidomidum	Kleder, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991466220	<1><3>2025-01-01/<2>2022-11-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	300,00	324,00	343,44	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
276	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05055565770863	<1>2024-07-01/<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
277	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05055565770870	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
278	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05055565770887	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
279	Lenalidomidum	Lenalidomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05055565770856	<1>2024-07-01/<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
280	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991472115	<1>2022-11-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	686,88	<1>C.84.b.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
281	Lenalidomidum	Lenalidomide Aurovitas/Lenalidomide Eugia, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991472092	<1>2022-11-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	343,44	<1>C.84.b.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
282	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991425135	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	966,00	1043,28	1105,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
283	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991425159	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1449,00	1564,92	1658,82	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł

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
284	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991425197	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	2415,00	2608,20	2764,69	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
285	Lenalidomidum	Lenalidomide Grindeks, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991425098	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	483,00	521,64	552,94	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
286	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	03838989737627	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-04-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
287	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	03838989737634	<1>2024-07-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
288	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	03838989737641	<1>2024-07-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
289	Lenalidomidum	Lenalidomide Krka, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	03838989737658	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-04-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	300,00	324,00	343,44	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
290	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991471965	<1>2025-01-01/<2>2022-11-01/<3>2025-04-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	500,00	540,00	572,40	572,40	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
291	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05909991471972	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	750,00	810,00	858,60	858,60	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
292	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05909991471996	<1>2025-01-01/<2>2025-04-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1250,00	1350,00	1431,00	1431,00	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
293	Lenalidomidum	Lenalidomide Medical Valley, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991471941	<1>2025-01-01/<2>2022-11-01/<3>2025-04-01/<4>2025-07-01	<1><3>2 lata/<2>3 lata/<4>1 rok 9 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	250,00	270,00	286,20	286,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
294	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05901797710910	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	686,88	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
295	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05901797710996	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1350,00	1458,00	1545,48	1030,32	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
296	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05901797710934	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01/<3>2025-07-01	<1><2>2 lata/<3>1 rok 6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	2250,00	2430,00	2575,80	1717,20	<1>C.84.a.; <2>C.84.c.; <3>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
297	Lenalidomidum	Lenalidomide Mylan, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05901797710903	<1>2024-07-01<2><4>2025-07-01/<3>2025-01-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	450,00	486,00	515,16	343,44	<1>C.84.a.; <2>C.84.b.; <3>C.84.c.; <4>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
298	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991451431	<1>2022-11-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	686,88	<1>C.84.b.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
299	Lenalidomidum	Lenalidomide Pharmascience, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991451394	<1>2022-11-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	343,44	<1>C.84.b.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
300	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05907626709094	2025-07-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	600,00	648,00	686,88	686,88	C.84.a.; C.84.b.; C.84.c.; 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
301	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 15 mg	21 szt.	05907626709100	2025-07-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	900,00	972,00	1030,32	1030,32	C.84.a.; C.84.c.; C.84.d.	bezpłatny	0 zł
302	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 25 mg	21 szt.	05907626709124	2025-07-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	1500,00	1620,00	1717,20	1717,20	C.84.a.; C.84.c.; C.84.d.	bezpłatny	0 zł
303	Lenalidomidum	Lenalidomide Sandoz, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05907626709070	2025-07-01	2 lata	1120.0, Lenalidomid	300,00	324,00	343,44	343,44	C.84.a.; C.84.b.; C.84.c.; C.84.d.	bezpłatny	0 zł
304	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909991480301	<1>2022-11-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	1029,00	1111,32	1178,00	686,88	<1>C.84.b.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
305	Lenalidomidum	Polalid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909991480288	<1>2022-11-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>6 miesięcy	1120.0, Lenalidomid	514,50	555,66	589,00	343,44	<1>C.84.b.; <2>C.84.d.	bezpłatny	0 zł
306	Melphalanum	Alkeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2025-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	100,00	108,00	114,48	114,48	C.39.	bezpłatny	0 zł
307	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2025-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	38,00	41,04	43,50	43,50	C.40.	bezpłatny	0 zł
308	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991438647	2024-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	136,00	146,88	155,69	155,69	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
309	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp.po 4 ml	05909990265831	2025-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	176,89	191,04	202,50	155,69	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
310	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990333936	2025-01-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	350,00	378,00	400,68	300,51	C.41.	bezpłatny	0 zł
311	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
312	Mitotanium	Lysodren, tabl., 500 mg	100 szt.	05909990335237	2025-07-01	3 lata	1030.0, Mitotanium	2465,00	2662,20	2821,93	2821,93	C.43.	bezpłatny	0 zł
313	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.a 50 ml	07613421036027	2024-07-01	3 lata	1128.0, Nelarabina	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.73.	bezpłatny	0 zł
314	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	<1>2025-04-01/<2>2023-07-01	3 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	192,00	207,36	219,80	219,80	<1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
315	Nilotinibum	Nilotinib Accord, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05055565796061	2025-07-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	4450,00	4806,00	5094,36	5094,36	C.103.	bezpłatny	0 zł
316	Nilotinibum	Nilotinib Zentiva, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	08594739274525	2025-04-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	4500,00	4860,00	5151,60	5151,60	C.103.	bezpłatny	0 zł
317	Nilotynibum	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909990073535	2023-11-01	2 lata	1072.0, Nilotynib	9804,13	10588,46	11223,77	5151,60	C.103.	bezpłatny	0 zł
318	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2025-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	40,00	43,20	45,79	29,72	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
319	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2025-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	30,00	32,40	34,34	14,86	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
320	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2025-01-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	519,22	560,76	594,40	594,40	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
321	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2025-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1038,45	1121,53	1188,82	1188,82	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
322	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2025-07-01/<2>2023-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1557,67	1682,28	1783,22	1783,22	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
323	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2025-07-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
324	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

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

325	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
326	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990055197	2025-01-01	3 lata	1047.1, Ondansetronum inj.	5,90	6,37	6,91	5,73	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
327	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	05909990055234	2025-01-01	3 lata	1047.1, Ondansetronum inj.	10,00	10,80	11,45	11,45	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
328	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2025-07-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
329	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2025-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	15,95	17,23	18,26	18,26	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
330	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2025-01-01	3 lata	1047.2, Ondansetronum p.o.	31,90	34,45	36,51	36,51	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
331	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990798247	<1><2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	26,50	28,62	30,34	30,34	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
332	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990798254	<1><2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	56,50	61,02	64,68	64,68	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
333	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990827381	<1><2>2025-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	113,00	122,04	129,36	129,36	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
334	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990796151	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	29,50	31,86	33,77	32,34	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
335	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990796168	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	59,00	63,72	67,54	64,68	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
336	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	05909990827206	<1>2024-04-01/<2>2024-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1031.0, Oxaliplatinum	118,00	127,44	135,09	129,36	<1>C.46.;<2>C.46.b.	bezpłatny	0 zł
337	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990874361	2025-07-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	46,70	50,44	53,46	53,46	C.47.	bezpłatny	0 zł
338	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990874385	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	62,00	66,96	70,98	70,98	C.47.	bezpłatny	0 zł
339	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990874347	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,00	24,84	26,33	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
340	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990874408	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	123,50	133,38	141,38	141,38	C.47.	bezpłatny	0 zł
341	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990018390	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	100,00	108,00	114,48	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł
342	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990018406	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	103,04	C.47.	bezpłatny	0 zł
343	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990018383	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	30,00	32,40	34,34	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
344	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990018420	2025-01-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	300,00	324,00	343,44	206,07	C.47.	bezpłatny	0 zł
345	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 16,7 ml	05909990840274	2024-04-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	60,00	64,80	68,69	68,69	C.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Cena zbytu netto	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
346	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990840267	2024-04-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	23,50	25,38	26,90	20,61	C.47.	bezpłatny	0 zł
347	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990840281	2024-04-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	145,80	154,55	154,55	C.47.	bezpłatny	0 zł
348	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991037093	2025-07-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	240,00	259,20	274,75	274,75	C.47.	bezpłatny	0 zł
349	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991037086	2025-07-01	2 lata	1032.0, Paclitaxelum	67,50	72,90	77,27	77,27	C.47.	bezpłatny	0 zł
350	Paclitaxelum albuminatum	Apexelsin, proszek do sporządzania dyspersji do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 100 mg	08721161238041	<1>2025-04-01/<2>2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	646,42	698,13	740,03	740,03	<2>C.104.a.; C.104.b.	bezpłatny	0 zł
351	Paclitaxelum albuminatum	Naveruclif, proszek do sporządzania dyspersji do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 100 mg	05055565791660	2025-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	646,42	698,13	740,03	740,03	<2>C.104.a.; C.104.b.	bezpłatny	0 zł
352	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	20 ml	05909990646555	2025-01-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	4800,00	5184,00	5495,04	5495,04	C.94.	bezpłatny	0 zł
353	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	5 ml	05909990646531	2025-01-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.94.	bezpłatny	0 zł
354	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
355	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2025-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
356	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2025-04-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1700,00	1836,00	1946,16	1373,76	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
357	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 135 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984718	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	495,18	534,79	566,88	553,83	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
358	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 180 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05909990984817	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	655,55	707,99	750,47	738,44	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
359	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	2025-04-01	3 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	322,52	348,32	369,22	369,22	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
360	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
361	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol. proszku	05909991289379	2023-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	595,00	642,60	681,16	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
362	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05055565768969	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
363	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
364	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05055565768976	2023-11-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
365	Pemetrexedum	Pemetrexed Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991466480	2025-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	595,00	642,60	681,16	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł

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
366	Pemetrexedum	Pemetrexed Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991466497	2025-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
367	Pemetrexedum	Pemetrexed Ever Pharma, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991466503	2025-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1190,00	1285,20	1362,31	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
368	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991444174	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	598,00	645,84	684,59	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
369	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991444167	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,50	129,06	136,80	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
370	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991444181	2024-01-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1198,00	1293,84	1371,47	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
371	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	07613421047023	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	599,00	646,92	685,74	681,15	C.49.	bezpłatny	0 zł
372	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	07613421047016	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	119,00	128,52	136,23	136,23	C.49.	bezpłatny	0 zł
373	Pemetrexedum	Pemetrexed Sandoz, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	07613421047030	2024-04-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1199,00	1294,92	1372,62	1362,30	C.49.	bezpłatny	0 zł
374	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909990728473	2024-07-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	17460,00	18856,80	19988,21	10820,65	C.71.	bezpłatny	0 zł
375	Plerixaforum	Plerixafor Biofar, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909991518332	2025-01-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	9451,99	10208,15	10820,64	10820,64	C.71.	bezpłatny	0 zł
376	Plerixaforum	Plerixafor MSN, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909991519049	2025-07-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	9451,00	10207,08	10819,50	10819,50	C.71.	bezpłatny	0 zł
377	Pleryksafor	Plerixafor Accord, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05055565787977	2024-10-01	3 lata	1126.0, Pleryksafor	9452,00	10208,16	10820,65	10820,65	C.71.	bezpłatny	0 zł
378	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05909991185589	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	4814,41	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
379	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05909991185596	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	9628,82	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
380	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05909991185602	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	14443,23	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
381	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05909991185619	<1>2024-07-01/<2>2025-01-01	<1>2 lata/<2>1 rok 6 miesięcy	1182.0, Pomalidomid	25746,00	27805,68	29474,02	19257,64	<1>C.101.a.; <2>C.101.b.	bezpłatny	0 zł
382	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05055565795149	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4827,37	5213,56	5526,37	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
383	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05055565795156	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	9654,74	10427,12	11052,74	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
384	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05055565795163	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	14482,11	15640,68	16579,12	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
385	Pomalidomidum	Pomalidomide Accord, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05055565795170	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	19309,48	20854,24	22105,49	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
386	Pomalidomidum	Pomalidomide Glenmark, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05902020241768	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
387	Pomalidomidum	Pomalidomide Glenmark, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05902020241775	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
388	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	03838989769604	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4205,46	4541,90	4814,41	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
389	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	03838989769611	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8410,92	9083,79	9628,83	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
390	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	03838989769628	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł

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
391	Pomalidomidum	Pomalidomide Krka, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	03838989769635	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
392	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	05903060628052	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4205,46	4541,90	4814,41	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
393	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	05903060628090	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8410,92	9083,79	9628,83	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
394	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	05903060628137	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
395	Pomalidomidum	Pomalidomide PPH, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	05903060628175	2025-04-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
396	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 1 mg	21 szt.	08594739305540	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	4205,46	4541,90	4814,41	4814,41	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
397	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 2 mg	21 szt.	08594739305533	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	8410,92	9083,79	9628,83	9628,82	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
398	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 3 mg	21 szt.	08594739305557	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	12616,38	13625,69	14443,23	14443,23	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
399	Pomalidomidum	Pomalidomide Zentiva, kaps. twarde, 4 mg	21 szt.	08594739305564	2025-01-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	16821,84	18167,59	19257,64	19257,64	C.101.a.; C.101.b.	bezpłatny	0 zł
400	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2024-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	600,00	648,00	686,88	684,02	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
401	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
402	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
403	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
404	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2024-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	588,00	635,04	673,14	673,14	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
405	Radium dichloridum Ra223	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL	1 fiol. 6 ml	05908229300176	2024-07-01	2 lata	1170.0, Dichlorek radu Ra-223	16416,00	17729,28	18793,04	18793,04	C.98.	bezpłatny	0 zł
406	Ramucirumabum	Cyramza, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	2 fiol.po 10 ml	05909991205898	<1>2025-01-01/<2>2025-07-01	2 lata	1266.0, Ramucyrumab	3024,00	3265,92	3461,88	3461,88	<2>C.106.	bezpłatny	0 zł
407	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1,5 mg/ml	3 fiol.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	05909990943111	2025-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	635,00	685,80	726,95	726,95	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
408	Regorafenib	Stivarga, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05908229302026	2025-07-01	2 lata	1336.0, Regorafenib	9853,20	10641,46	11279,94	11279,94	C.105.a.; C.105.b.	bezpłatny	0 zł
409	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2023-11-01/<2><6>2025-01-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	959,00	1035,72	1097,86	1097,86	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
410	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2023-11-01/<2><6>2025-01-01/<3><4><5>2024-04-01	<1><2>2 lata/<3><4><5>1 rok 9 miesięcy/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	2397,50	2589,30	2744,66	2744,65	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
411	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 10 ml	05415062360507	<1><2><3><4><5><6>2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	441,00	476,28	504,86	504,86	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
412	Rituximabum	Ruxience, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05415062360521	<1><2><3><4><5><6>2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
413	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909991364908	2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	882,00	952,56	1009,71	1009,71	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
414	Rituximabum	Truxima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909991336349	2025-01-01	<1><2><3><4><5>2 lata/<6>3 lata	1035.0, Rituximabum	2205,00	2381,40	2524,28	2524,28	<6>C.51.	bezpłatny	0 zł
415	Ropeginterferonum alfa-2b	Besremi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 250 µg/0,5 ml	1 wstrzyk.po 0,5 ml	09007653000976	2025-01-01	2 lata	1267.0, Ropeginterferon alfa-2b	5899,76	6371,74	6754,05	6754,05	C.85.	bezpłatny	0 zł

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
416	Sorafenibum	Nexavar, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909990588169	2024-07-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	6675,00	7209,00	7641,54	2066,36	C.89.d.	bezpłatny	0 zł
417	Sorafenibum	Sorafenib Accord, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05055565785706	2024-01-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1805,00	1949,40	2066,36	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
418	Sorafenibum	Sorafenib G.L., tabl. powł., 200 mg	112 szt.	09008732012415	2025-04-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1960,00	2116,80	2243,81	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
419	Sorafenibum	Sorafenib Sandoz, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	07613421047009	2024-10-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	2100,00	2268,00	2404,08	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
420	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991459239	<1>2022-11-01/<2><3>2025-01-01/<4>2025-04-01	<1>3 lata/<2><3><4>2 lata	1078.0, Sorafenib	1805,00	1949,40	2066,36	2066,36	<1>C.89.a.; <2>C.89.b.; <3>C.89.c.; <4>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
421	Sorafenibum	Sorafenib Stada, tabl. powł., 400 mg	56 szt.	05909991482954	2025-07-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	1810,00	1954,80	2072,09	2066,36	C.89.a.; C.89.b.; C.89.c.	bezpłatny	0 zł
422	Sorafenibum	Sorafenib Zentiva, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991440145	<1>2024-10-01/<2>2025-04-01	2 lata	1078.0, Sorafenib	2797,00	3020,76	3202,01	2066,36	<1>C.89.a.; C.89.b.; C.89.c./<2>C.89.d.	bezpłatny	0 zł
423	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05995327181592	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	600,00	648,00	686,88	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
424	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05995327181608	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1200,00	1296,00	1373,76	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
425	Sunitinibum	Klertis, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05995327181615	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2400,00	2592,00	2747,52	2747,52	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
426	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt.	05055565775707	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1500,00	1620,00	1717,20	735,94	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
427	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05055565775714	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	3000,00	3240,00	3434,40	1471,89	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
428	Sunitinibum	Sunitinib Accord, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05055565775721	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	6000,00	6480,00	6868,80	2943,77	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
429	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991522476	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	400,00	432,00	457,92	457,92	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
430	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991522483	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	800,00	864,00	915,84	915,84	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
431	Sunitinibum	Sunitinib Bluefish, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991522490	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1600,00	1728,00	1831,68	1831,68	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł
432	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991458515	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1250,00	1350,00	1431,00	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
433	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991458522	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2500,00	2700,00	2862,00	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
434	Sunitinibum	Sunitinib Glenmark, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991458539	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	4800,00	5184,00	5495,04	2747,52	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
435	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991491635	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	686,88	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
436	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991491673	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1373,76	C.88.a.; C.88.b.; C.88.c.; C.88.d.	bezpłatny	0 zł
437	Sunitinibum	Sunitinib MSN, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991491789	2025-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2747,52	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł
438	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	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
439	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991465643	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2000,00	2160,00	2289,60	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
440	Sunitinibum	Sunitinib Ranbaxy, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991465704	2023-11-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	4000,00	4320,00	4579,20	2747,52	<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
441	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05907626709261	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
442	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05907626709278	<1><2><4>2025-07-01/<3>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
443	Sunitinibum	Sunitinib Sandoz, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05907626709292	<1>2025-07-01/<2>2024-07-01	2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2747,52	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
444	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909991436612	<1><2><4>2022-09-01/<3>2024-10-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	686,88	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
445	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991436643	<1><2><4>2022-09-01/<3>2024-10-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1373,76	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
446	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991436650	<1><2><4>2022-09-01/<3>2024-10-01	<1><2><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	2100,00	2268,00	2404,08	2060,64	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
447	Sunitinibum	Sunitinib Stada, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991436681	<1>2022-09-01/<2>2024-10-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2747,52	<1>C.88.a.; <2>C.88.c.	bezpłatny	0 zł
448	Sunitinibum	Sunitinib Vipham, kaps. twarde, 12,5 mg	30 szt.	05901812162762	2025-07-01	<1><3><4>3 lata/<3>2 lata	1079.0, Sunitynib	700,00	756,00	801,36	735,94	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
449	Sunitinibum	Sunitinib Vipham, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05901812162779	2025-07-01	<1><3><4>3 lata/<2>2 lata	1079.0, Sunitynib	1400,00	1512,00	1602,72	1471,89	<1>C.88.a.; <2>C.88.b.; <3>C.88.c.; <4>C.88.d.	bezpłatny	0 zł
450	Sunitinibum	Sunitinib Vipham, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05901812162786	2025-07-01	3 lata	1079.0, Sunitynib	2800,00	3024,00	3205,44	2943,77	C.88.a.; C.88.c.	bezpłatny	0 zł
451	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2025-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	13,20	14,26	15,11	15,11	C.52.	bezpłatny	0 zł
452	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05055565719350	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.64.	bezpłatny	0 zł
453	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05055565719367	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	300,00	324,00	343,44	343,44	C.64.	bezpłatny	0 zł
454	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05055565719374	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	400,00	432,00	457,92	457,92	C.64.	bezpłatny	0 zł
455	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05055565719343	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	45,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
456	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05055565719381	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	550,00	594,00	629,64	629,64	C.64.	bezpłatny	0 zł
457	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05055565719336	2024-10-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	11,45	C.64.	bezpłatny	0 zł
458	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05909991438449	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	200,00	216,00	228,96	228,96	C.64.	bezpłatny	0 zł
459	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05909991438456	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	285,00	307,80	326,27	326,27	C.64.	bezpłatny	0 zł
460	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05909991438463	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	360,00	388,80	412,13	412,13	C.64.	bezpłatny	0 zł
461	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05909991438432	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	40,00	43,20	45,79	45,79	C.64.	bezpłatny	0 zł
462	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05909991438470	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	500,00	540,00	572,40	572,40	C.64.	bezpłatny	0 zł
463	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05909991438401	2025-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,00	10,80	11,45	11,45	C.64.	bezpłatny	0 zł

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
464	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp.	05909990080663	2023-11-01	3 lata	1150.0, Temsirolimus	2518,00	2719,44	2882,61	2882,61	C.100.	bezpłatny	0 zł
465	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2025-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	372,00	401,76	425,87	425,87	C.56.	bezpłatny	0 zł
466	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	05909990984756	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	65,00	70,20	74,41	74,41	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
467	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	05909990984770	2024-04-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	260,00	280,80	297,65	297,64	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
468	Trabectedinum	Trabectedin EVER PHARMA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909991516369	2024-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	1175,00	1269,00	1345,14	1345,14	C.93.	bezpłatny	0 zł
469	Trabectedinum	Trabectedin EVER PHARMA, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909991516376	2024-10-01	2 lata	1088.0, Trabectedin	4700,00	5076,00	5380,56	5380,56	C.93.	bezpłatny	0 zł
470	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	1345,14	C.93.	bezpłatny	0 zł
471	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	5380,56	C.93.	bezpłatny	0 zł
472	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05996537004107	2024-04-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	671,00	724,68	768,16	768,16	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
473	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05996537005050	2024-04-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	1878,80	2029,10	2150,85	2150,85	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
474	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	08715131016982	<1>2024-07-01/<2>2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	839,70	906,88	961,29	961,29	<1>C.86.b.; <2>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
475	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	08715131016975	<1>2024-07-01/<2>2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2351,16	2539,25	2691,61	2691,61	<1>C.86.b.; <2>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
476	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku 15 ml	05901797710415	2024-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	1157,00	1249,56	1324,53	961,29	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
477	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	2024-07-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2515,46	2716,70	2879,70	2691,61	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
478	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	<1><2>2024-10-01/<3>2023-11-01	2 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
479	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
480	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05055565766378	<1><2>2024-01-01/<3>2023-11-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	830,00	896,40	950,18	950,18	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
481	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05055565775943	2024-01-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	2324,00	2509,92	2660,52	2660,52	<1>C.86a.; <2>C.86.b.; <3>C.86.c.	bezpłatny	0 zł
482	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990669493	2025-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	33,23	35,89	38,04	30,60	C.61.	bezpłatny	0 zł
483	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990669523	2025-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	133,64	144,33	152,99	152,99	C.61.	bezpłatny	0 zł
484	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	05909990945016	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	156,81	169,35	179,52	133,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
485	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	05909990945115	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	235,21	254,03	269,27	199,88	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
486	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	05909990573325	2025-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	200,00	216,00	228,96	228,96	C.63.	bezpłatny	0 zł
487	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	05909990573349	2025-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	1000,00	1080,00	1144,80	1144,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
488	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	05909990668045	2024-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	30,00	32,40	34,34	22,90	C.63.	bezpłatny	0 zł
489	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909990668052	2024-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj	150,00	162,00	171,72	114,50	C.63.	bezpłatny	0 zł
490	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
491	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
492	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
493	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	199,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
494	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	533,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
495	Vinorelbinum	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 20 mg	1 szt.	04037353020092	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	116,40	125,71	133,25	133,25	C.63.	bezpłatny	0 zł
496	Vinorelbinum	Vinorelbine medac, kaps. miękkie, 30 mg	1 szt.	04037353020085	2025-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	174,60	188,57	199,89	199,88	C.63.	bezpłatny	0 zł
497	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2022-09-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	125,73	135,79	143,93	125,93	C.0.15.	bezpłatny	0 zł
498	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2024-01-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	165,00	178,20	188,89	188,89	C.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 MIEŁODYSPLASTYCZNE w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	DARBEPOETIN ALFA	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	DARBEPOETIN ALFA	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	DARBEPOETIN ALFA	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	DARBEPOETIN ALFA	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	DARBEPOETIN ALFA	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	DARBEPOETIN ALFA	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	DARBEPOETIN ALFA	D46.9	ZESPOŁ MIEŁODYPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.04.

EPOETINUM ALPHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	EPOETINUM ALPHA	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	EPOETINUM ALPHA	D46	ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	EPOETINUM ALPHA	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	EPOETINUM ALPHA	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	EPOETINUM ALPHA	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	EPOETINUM ALPHA	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	EPOETINUM ALPHA	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	EPOETINUM ALPHA	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	EPOETINUM ALPHA	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY w przypadku: <i>niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.06.

FILGRASTIMUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	FILGRASTIMUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.08.

MESNUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	MESNUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.09.

ONDANSETRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	ONDANSETRONUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.10.

PEGFILGRASTIMUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	PEGFILGRASTIMUM	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB 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 MIEŁODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI

Załącznik C.0.11

RASBURICASUM

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	RASBURICASUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.12

APREPITANTUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	APREPITANTUM	WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE $>70 \text{ MG/M}^2$ – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.14.a.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	POSACONAZOLUM	ZAPOBIEGANIE INWAZYJNYM ZAKAŻENIOM GRZYBICZYM U PACJENTÓW Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ LUB ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH

Załącznik C.0.14.b.

POSACONAZOLUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	POSACONAZOLUM	– OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;

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 $\geq 50 \text{ MG/M}^2$ – 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	BLEO MYC IN SULPHATE	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	BLEO MYC IN SULPHATE	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	BLEO MYC IN SULPHATE	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	BLEO MYC IN SULPHATE	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	BLEO MYC IN SULPHATE	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	BLEO MYC IN SULPHATE	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	BLEO MYC IN SULPHATE	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	BLEO MYC IN SULPHATE	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	BLEO MYC IN SULPHATE	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	BLEO MYC IN SULPHATE	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	BLEO MYC IN SULPHATE	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	BLEO MYC IN SULPHATE	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	BLEO MYC IN SULPHATE	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	BLEO MYC IN SULPHATE	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	BLEO MYC IN SULPHATE	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	BLEO MYC IN SULPHATE	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	BLEO MYC IN SULPHATE	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	BLEO MYC IN SULPHATE	C05.2	JĘZYCZEK
33	BLEO MYC IN SULPHATE	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	BLEO MYC IN SULPHATE	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	BLEO MYC IN SULPHATE	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	BLEO MYC IN SULPHATE	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	BLEO MYC IN SULPHATE	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	BLEO MYC IN SULPHATE	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	BLEO MYC IN SULPHATE	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	BLEO MYC IN SULPHATE	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	BLEO MYC IN SULPHATE	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	BLEO MYC IN SULPHATE	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	BLEO MYC IN SULPHATE	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	BLEO MYC IN SULPHATE	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	BLEO MYC IN SULPHATE	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	BLEO MYC IN SULPHATE	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	BLEO MYC IN SULPHATE	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	BLEO MYC IN SULPHATE	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	BLEO MYC IN SULPHATE	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	BLEO MYC IN SULPHATE	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	BLEO MYC IN SULPHATE	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	BLEO MYC IN SULPHATE	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	BLEO MYC IN SULPHATE	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	BLEO MYC IN SULPHATE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	BLEO MYC IN SULPHATE	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	BLEO MYC IN SULPHATE	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	BLEO MYC IN SULPHATE	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	BLEO MYC IN SULPHATE	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	BLEO MYC IN SULPHATE	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	BLEO MYC IN SULPHATE	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	BLEO MYC IN SULPHATE	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	BLEO MYC IN SULPHATE	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	BLEO MYC IN SULPHATE	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	BLEO MYC IN SULPHATE	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	BLEO MYC IN SULPHATE	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	BLEO MYC IN SULPHATE	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	BLEO MYC IN SULPHATE	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
79	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
80	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
81	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
82	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
83	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
84	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
85	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
86	BLEO MYC IN SULPHATE	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
87	BLEO MYC IN SULPHATE	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
88	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.0	SERCE
89	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.2	SRÓDPERSIE TYLNE
91	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.3	SRÓDPERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
92	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.4	OPŁUCNA
93	BLEO MYC IN SULPHATE	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, SRÓDPERSIA I OPŁUCNEJ
94	BLEO MYC IN SULPHATE	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
95	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
96	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
98	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
99	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
100	BLEO MYC IN SULPHATE	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
101	BLEO MYC IN SULPHATE	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
102	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
103	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.1	ŻUCHWA
104	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
105	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
106	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
107	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
108	BLEO MYC IN SULPHATE	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
109	BLEO MYC IN SULPHATE	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
110	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
111	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
112	BLEO MYC IN 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	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
114	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
115	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
116	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
117	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
118	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
119	BLEO MYC IN SULPHATE	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
120	BLEO MYC IN SULPHATE	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
121	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.0	SKÓRA WARGI
122	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
123	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
124	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
125	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
126	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
127	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
128	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
129	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
130	BLEO MYC IN SULPHATE	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
131	BLEO MYC IN SULPHATE	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
132	BLEO MYC IN SULPHATE	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
133	BLEO MYC IN SULPHATE	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
134	BLEO MYC IN SULPHATE	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
135	BLEO MYC IN 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	BLEO MYC IN SULPHATE	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
137	BLEO MYC IN SULPHATE	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
138	BLEO MYC IN SULPHATE	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
139	BLEO MYC IN SULPHATE	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
140	BLEO MYC IN SULPHATE	C51.2	ŁECHTACZKA
141	BLEO MYC IN SULPHATE	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
142	BLEO MYC IN SULPHATE	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
143	BLEO MYC IN SULPHATE	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
144	BLEO MYC IN SULPHATE	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
145	BLEO MYC IN SULPHATE	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
146	BLEO MYC IN SULPHATE	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
147	BLEO MYC IN SULPHATE	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
148	BLEO MYC IN SULPHATE	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
149	BLEO MYC IN SULPHATE	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
150	BLEO MYC IN SULPHATE	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
151	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
152	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
153	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
154	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.3	PRZYMACICZA
155	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.4	PRZYDATKIMACICY, NIEOKREŚLONE
156	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
157	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
158	BLEO MYC IN SULPHATE	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
159	BLEO MYC IN SULPHATE	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
160	BLEO MYC IN SULPHATE	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
161	BLEO MYC IN SULPHATE	C60.0	NAPLETEK
162	BLEO MYC IN SULPHATE	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
163	BLEO MYC IN SULPHATE	C60.2	TRZON PRĄCIA
164	BLEO MYC IN SULPHATE	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
165	BLEO MYC IN SULPHATE	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
166	BLEO MYC IN SULPHATE	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
167	BLEO MYC IN SULPHATE	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
168	BLEO MYC IN SULPHATE	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
169	BLEO MYC IN SULPHATE	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
170	BLEO MYC IN SULPHATE	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
171	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.0	NAJĄDRZE
172	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
173	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.2	MOSZNA
174	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
175	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
176	BLEO MYC IN SULPHATE	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
177	BLEO MYC IN SULPHATE	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
178	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
179	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
180	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
181	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
182	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
183	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.5	KOMORY MÓZGOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
184	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.6	MÓZDŻEK
185	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.7	PIEŃ MÓZGU
186	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
187	BLEO MYC IN SULPHATE	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
188	BLEO MYC IN SULPHATE	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
189	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
190	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
191	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.2	BRZUCH
192	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.3	MIEDNICA
193	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
194	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
195	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
196	BLEO MYC IN SULPHATE	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
197	BLEO MYC IN SULPHATE	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
198	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
199	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
200	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
201	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
202	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
203	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
204	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
205	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	BLEO MYC IN SULPHATE	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
207	BLEO MYC IN SULPHATE	C81	CHOROBA HODGKINA
208	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
209	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
210	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
211	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
212	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
213	BLEO MYC IN SULPHATE	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
214	BLEO MYC IN SULPHATE	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
215	BLEO MYC IN SULPHATE	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
216	BLEO MYC IN SULPHATE	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
217	BLEO MYC IN SULPHATE	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
218	BLEO MYC IN SULPHATE	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
219	BLEO MYC IN SULPHATE	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
220	BLEO MYC IN SULPHATE	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
221	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
222	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
223	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
224	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.3	WIELKOMÓRKOWY, (ROZLANY)
225	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
226	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
227	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
228	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
230	BLEO MYC IN SULPHATE	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
231	BLEO MYC IN SULPHATE	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
232	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
233	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
234	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
235	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
236	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
237	BLEO MYC IN SULPHATE	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
238	BLEO MYC IN SULPHATE	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
239	BLEO MYC IN SULPHATE	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
240	BLEO MYC IN SULPHATE	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
241	BLEO MYC IN SULPHATE	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
242	BLEO MYC IN SULPHATE	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
243	BLEO MYC IN SULPHATE	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
244	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
245	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
246	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
247	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELIT CIENKIEGO
248	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
249	BLEO MYC IN SULPHATE	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
250	BLEO MYC IN SULPHATE	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
251	BLEO MYC IN SULPHATE	C90.0	SZPICZAK MNOGI
252	BLEO MYC IN SULPHATE	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	BLEOMYCIN SULPHATE	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
254	BLEOMYCIN SULPHATE	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
255	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
256	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
257	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
258	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
259	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
260	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.5	BIAŁACZKA 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	BLEO MYC IN SULPHATE	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
278	BLEO MYC IN SULPHATE	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
279	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
280	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
281	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
282	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
283	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
284	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
285	BLEO MYC IN SULPHATE	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
286	BLEO MYC IN SULPHATE	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
287	BLEO MYC IN SULPHATE	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
288	BLEO MYC IN SULPHATE	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
289	BLEO MYC IN SULPHATE	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
290	BLEO MYC IN SULPHATE	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
291	BLEO MYC IN SULPHATE	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
292	BLEO MYC IN SULPHATE	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
293	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
294	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
295	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
296	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
297	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
298	BLEO MYC IN SULPHATE	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
299	BLEO MYC IN SULPHATE	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
300	BLEO MYC IN SULPHATE	D03	CZERNIAK IN SITU
301	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
302	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
303	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
304	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
305	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
306	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
307	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
308	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
309	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
310	BLEO MYC IN SULPHATE	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
311	BLEO MYC IN SULPHATE	D39.1	JAJNIK
312	BLEO MYC IN SULPHATE	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
313	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
314	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
315	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
316	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
317	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.4	OTRZEWNA
318	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.5	SKÓRA
319	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.6	SUTEK
320	BLEO MYC IN SULPHATE	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
321	BLEO MYC IN 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	BLEO MYC IN SULPHATE	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
323	BLEO MYC IN SULPHATE	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
324	BLEO MYC IN SULPHATE	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
325	BLEO MYC IN SULPHATE	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
326	BLEO MYC IN SULPHATE	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
327	BLEO MYC IN SULPHATE	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBOWATYCH
328	BLEO MYC IN SULPHATE	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
329	BLEO MYC IN SULPHATE	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.4.

BUSULFANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BUSULFANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
2	BUSULFANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
3	BUSULFANUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
4	BUSULFANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
5	BUSULFANUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
6	BUSULFANUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
7	BUSULFANUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
8	BUSULFANUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
9	BUSULFANUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
10	BUSULFANUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11	BUSULFANUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
12	BUSULFANUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
13	BUSULFANUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
14	BUSULFANUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
15	BUSULFANUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
16	BUSULFANUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
17	BUSULFANUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
18	BUSULFANUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
19	BUSULFANUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
20	BUSULFANUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	BUSULFANUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
22	BUSULFANUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.5.a.

CAPECITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CAPECITABINE	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	CAPECITABINE	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
3.	CAPECITABINE	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
4.	CAPECITABINE	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
5.	CAPECITABINE	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.5.b.

CAPECITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CAPECITABINE	C00	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WARGI <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
2.	CAPECITABINE	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
3.	CAPECITABINE	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
4.	CAPECITABINE	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
5.	CAPECITABINE	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
6.	CAPECITABINE	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
7.	CAPECITABINE	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
8.	CAPECITABINE	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
9.	CAPECITABINE	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
10.	CAPECITABINE	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
11.	CAPECITABINE	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
12.	CAPECITABINE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
13.	CAPECITABINE	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
14.	CAPECITABINE	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
15.	CAPECITABINE	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMYUSTNEJ I GARDŁA <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
16.	CAPECITABINE	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
17.	CAPECITABINE	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
17.	CAPECITABINE	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU <i>w ramach leczenia uzupełniającego oraz leczenia choroby zaawansowanej</i>
18.	CAPECITABINE	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
19.	CAPECITABINE	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
20.	CAPECITABINE	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
21.	CAPECITABINE	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
22.	CAPECITABINE	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
23.	CAPECITABINE	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
24.	CAPECITABINE	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNÝCH

Załącznik C.6.

CARBOPLATIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CARBOPLATIN	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	CARBOPLATIN	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	CARBOPLATIN	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	CARBOPLATIN	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	CARBOPLATIN	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	CARBOPLATIN	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	CARBOPLATIN	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	CARBOPLATIN	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	CARBOPLATIN	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	CARBOPLATIN	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	CARBOPLATIN	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	CARBOPLATIN	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	CARBOPLATIN	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
14.	CARBOPLATIN	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	CARBOPLATIN	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	CARBOPLATIN	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZEŁYKU
17.	CARBOPLATIN	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18.	CARBOPLATIN	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
19.	CARBOPLATIN	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
20.	CARBOPLATIN	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	CARBOPLATIN	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
22.	CARBOPLATIN	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
23.	CARBOPLATIN	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW 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 JAMYNOSOWEJ 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 KŁATKI 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 POKREWNÝCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65.	CARBOPLATIN	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
66.	CARBOPLATIN	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
67.	CARBOPLATIN	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
68.	CARBOPLATIN	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
69.	CARBOPLATIN	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
70.	CARBOPLATIN	C81	CHOROBA HODGKINA
71.	CARBOPLATIN	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
72.	CARBOPLATIN	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
73.	CARBOPLATIN	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74.	CARBOPLATIN	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
75.	CARBOPLATIN	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
76.	CARBOPLATIN	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
77.	CARBOPLATIN	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
78.	CARBOPLATIN	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
79.	CARBOPLATIN	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
80.	CARBOPLATIN	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
81.	CARBOPLATIN	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	CARBOPLATIN	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83.	CARBOPLATIN	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
84.	CARBOPLATIN	D00.2	ŻOŁĄDEK
85.	CARBOPLATIN	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
86.	CARBOPLATIN	D03	CZERNIAK IN SITU
87.	CARBOPLATIN	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88.	CARBOPLATIN	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
89.	CARBOPLATIN	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
90.	CARBOPLATIN	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
91.	CARBOPLATIN	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
92.	CARBOPLATIN	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
93.	CARBOPLATIN	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
94.	CARBOPLATIN	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
95.	CARBOPLATIN	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
96.	CARBOPLATIN	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
97.	CARBOPLATIN	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
98.	CARBOPLATIN	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
99.	CARBOPLATIN	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
100.	CARBOPLATIN	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
101.	CARBOPLATIN	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102.	CARBOPLATIN	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
103.	CARBOPLATIN	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
104.	CARBOPLATIN	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
105.	CARBOPLATIN	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
106.	CARBOPLATIN	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
107.	CARBOPLATIN	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
108.	CARBOPLATIN	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
109.	CARBOPLATIN	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
110.	CARBOPLATIN	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI 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	NOWOTÓR 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 (ROZLANE)
17	CHLORAMBUCILUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE)
18	CHLORAMBUCILUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)

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) BURKITT
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	MIEŚAK LIMFATYCZNY
35	CHLORAMBUCILUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
36	CHLORAMBUCILUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
37	CHLORAMBUCILUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	CHLORAMBUCILUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39	CHLORAMBUCILUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
40	CHLORAMBUCILUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
41	CHLORAMBUCILUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
42	CHLORAMBUCILUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CHLORAMBUCILUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
44	CHLORAMBUCILUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
45	CHLORAMBUCILUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
46	CHLORAMBUCILUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
47	CHLORAMBUCILUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.10.

CICLOSPORINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CICLOSPORINUM	D61	INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
2	CICLOSPORINUM	D61.0	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA
3	CICLOSPORINUM	D61.1	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI
4	CICLOSPORINUM	D61.2	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOWANA INNymi CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	CICLOSPORINUM	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	CICLOSPORINUM	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	CICLOSPORINUM	D61.9	NIEOKREŚLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA
8	CICLOSPORINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKOWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
9	CICLOSPORINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
10	CICLOSPORINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
11	CICLOSPORINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
12	CICLOSPORINUM	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
13	CICLOSPORINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
14	CICLOSPORINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
15	CICLOSPORINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
16	CICLOSPORINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.11.

CISPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CISPLATINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	CISPLATINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	CISPLATINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	CISPLATINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	CISPLATINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	CISPLATINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	CISPLATINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	CISPLATINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	CISPLATINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	CISPLATINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	CISPLATINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	CISPLATINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	CISPLATINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	CISPLATINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	CISPLATINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	CISPLATINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	CISPLATINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	CISPLATINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	CISPLATINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	CISPLATINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	CISPLATINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CISPLATINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CISPLATINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	CISPLATINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	CISPLATINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	CISPLATINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	CISPLATINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	CISPLATINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	CISPLATINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	CISPLATINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	CISPLATINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	CISPLATINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	CISPLATINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	CISPLATINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	CISPLATINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	CISPLATINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	CISPLATINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	CISPLATINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	CISPLATINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	CISPLATINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	CISPLATINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	CISPLATINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	CISPLATINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	CISPLATINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
45	CISPLATINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	CISPLATINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	CISPLATINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	CISPLATINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	CISPLATINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	CISPLATINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	CISPLATINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	CISPLATINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	CISPLATINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	CISPLATINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	CISPLATINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	CISPLATINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	CISPLATINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	CISPLATINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CISPLATINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CISPLATINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CISPLATINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CISPLATINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CISPLATINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CISPLATINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CISPLATINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CISPLATINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	CISPLATINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CISPLATINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CISPLATINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
70	CISPLATINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CISPLATINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72	CISPLATINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73	CISPLATINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CISPLATINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	CISPLATINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	CISPLATINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	CISPLATINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	CISPLATINUM	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
79	CISPLATINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
80	CISPLATINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
81	CISPLATINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
82	CISPLATINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
83	CISPLATINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
84	CISPLATINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
85	CISPLATINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
86	CISPLATINUM	C15.9	PRZĘŁYK, 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 MNIJSZA 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	UCHYLEK 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 ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
122	CISPLATINUM	C22	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131	CISPLATINUM	C24	NOWOT WÓR 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	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137	CISPLATINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	CISPLATINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	CISPLATINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	CISPLATINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	CISPLATINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA 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 SIOWE
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	CHRYZYSTKI 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 OPLUCNEJ
177	CISPLATINUM	C38.0	SERCE
178	CISPLATINUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
179	CISPLATINUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
180	CISPLATINUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
181	CISPLATINUM	C38.4	OPLUCNA
182	CISPLATINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
183	CISPLATINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
184	CISPLATINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
185	CISPLATINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
186	CISPLATINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	CISPLATINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKISTAWOWEJ 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 PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	CISPLATINUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	CISPLATINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	CISPLATINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
226	CISPLATINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
227	CISPLATINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
228	CISPLATINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
229	CISPLATINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
230	CISPLATINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
231	CISPLATINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
232	CISPLATINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
233	CISPLATINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
234	CISPLATINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI 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	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	CISPLATINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
290	CISPLATINUM	C57.3	PRZYMACICZA
291	CISPLATINUM	C57.4	PRZYDATKIMACICY, 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	ŻOŁĄDŻ 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	POWRÓZEKNASIENNY
310	CISPLATINUM	C63.2	MOSZNA
311	CISPLATINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
312	CISPLATINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
313	CISPLATINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
314	CISPLATINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	CISPLATINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	CISPLATINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	CISPLATINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
318	CISPLATINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
319	CISPLATINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
320	CISPLATINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
321	CISPLATINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
322	CISPLATINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
323	CISPLATINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
324	CISPLATINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
325	CISPLATINUM	C67.7	MOCZOWNIK
326	CISPLATINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
327	CISPLATINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
328	CISPLATINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
329	CISPLATINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
330	CISPLATINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
331	CISPLATINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
332	CISPLATINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
333	CISPLATINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
334	CISPLATINUM	C69.0	SPOJÓWKA
335	CISPLATINUM	C69.1	ROGÓWKA
336	CISPLATINUM	C69.2	SIATKÓWKA
337	CISPLATINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
338	CISPLATINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
339	CISPLATINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
340	CISPLATINUM	C69.6	OCZODÓŁ
341	CISPLATINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
342	CISPLATINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
343	CISPLATINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
344	CISPLATINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
345	CISPLATINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
346	CISPLATINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
347	CISPLATINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
348	CISPLATINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
349	CISPLATINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
350	CISPLATINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
351	CISPLATINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
352	CISPLATINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
353	CISPLATINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
354	CISPLATINUM	C71.6	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 SYSTEMNERWOWY, 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	SZYSZYŃKA
377	CISPLATINUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
378	CISPLATINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
379	CISPLATINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
380	CISPLATINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
381	CISPLATINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
382	CISPLATINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
383	CISPLATINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
384	CISPLATINUM	C76.2	BRZUCH
385	CISPLATINUM	C76.3	MIEDNICA
386	CISPLATINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
387	CISPLATINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
388	CISPLATINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	CISPLATINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
390	CISPLATINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
391	CISPLATINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
392	CISPLATINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
393	CISPLATINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
394	CISPLATINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
395	CISPLATINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
396	CISPLATINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
397	CISPLATINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
398	CISPLATINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
399	CISPLATINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO 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 (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
436	CISPLATINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
437	CISPLATINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
438	CISPLATINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
439	CISPLATINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
440	CISPLATINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
441	CISPLATINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
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 WALDENSTROMA
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	MIEŚSAK SZPIKOWY
481	CISPLATINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
482	CISPLATINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
483	CISPLATINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
484	CISPLATINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
485	CISPLATINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
486	CISPLATINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
487	CISPLATINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
488	CISPLATINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
489	CISPLATINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
490	CISPLATINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
491	CISPLATINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
492	CISPLATINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
493	CISPLATINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
494	CISPLATINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
495	CISPLATINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
496	CISPLATINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
497	CISPLATINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
498	CISPLATINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
499	CISPLATINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
500	CISPLATINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
501	CISPLATINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
502	CISPLATINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
503	CISPLATINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
504	CISPLATINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
505	CISPLATINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
506	CISPLATINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
507	CISPLATINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
508	CISPLATINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
509	CISPLATINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
510	CISPLATINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
511	CISPLATINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
512	CISPLATINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
513	CISPLATINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
514	CISPLATINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
515	CISPLATINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
516	CISPLATINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
517	CISPLATINUM	D01.2	ODBYTNICA
518	CISPLATINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
519	CISPLATINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
520	CISPLATINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
521	CISPLATINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
522	CISPLATINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
523	CISPLATINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
524	CISPLATINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
525	CISPLATINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
526	CISPLATINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
527	CISPLATINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
528	CISPLATINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
529	CISPLATINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
530	CISPLATINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
531	CISPLATINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	CISPLATINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCHUMIEJSCOWIEŃ
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	NOWOTÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
555	CISPLATINUM	D10.0	WARGA
556	CISPLATINUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	CISPLATINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
558	CISPLATINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
559	CISPLATINUM	D10.4	MIGDAŁEK
560	CISPLATINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
561	CISPLATINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
562	CISPLATINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
563	CISPLATINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
564	CISPLATINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
565	CISPLATINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
566	CISPLATINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
567	CISPLATINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
568	CISPLATINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
569	CISPLATINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
570	CISPLATINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
571	CISPLATINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
572	CISPLATINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
573	CISPLATINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
574	CISPLATINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
575	CISPLATINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
576	CISPLATINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
577	CISPLATINUM	D12.8	ODBYTNICA
578	CISPLATINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
579	CISPLATINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
580	CISPLATINUM	D13.0	PRZELYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581	CISPLATINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
582	CISPLATINUM	D13.2	DWUNASTNICA
583	CISPLATINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
584	CISPLATINUM	D13.4	WĄTROBA
585	CISPLATINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
586	CISPLATINUM	D13.6	TRZUSTKA
587	CISPLATINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
588	CISPLATINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
589	CISPLATINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
590	CISPLATINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
591	CISPLATINUM	D14.1	KRTAŃ
592	CISPLATINUM	D14.2	TCHAWICA
593	CISPLATINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
594	CISPLATINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
595	CISPLATINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
596	CISPLATINUM	D15.0	GRASICA
597	CISPLATINUM	D15.1	SERCE
598	CISPLATINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
599	CISPLATINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
600	CISPLATINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
601	CISPLATINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
602	CISPLATINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
603	CISPLATINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
604	CISPLATINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
605	CISPLATINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
606	CISPLATINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
607	CISPLATINUM	D16.5	ŻUCHWA
608	CISPLATINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
609	CISPLATINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
610	CISPLATINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
611	CISPLATINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
612	CISPLATINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
613	CISPLATINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
614	CISPLATINUM	D20.1	OTRZEWNA
615	CISPLATINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
616	CISPLATINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
617	CISPLATINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
618	CISPLATINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
619	CISPLATINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
620	CISPLATINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
621	CISPLATINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
622	CISPLATINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
623	CISPLATINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
624	CISPLATINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
625	CISPLATINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
626	CISPLATINUM	D28.0	SROM
627	CISPLATINUM	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
628	CISPLATINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
629	CISPLATINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
630	CISPLATINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
631	CISPLATINUM	D29	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	CISPLATINUM	D29.0	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	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR 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	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR OKA
648	CISPLATINUM	D31.0	SPOJÓWKA
649	CISPLATINUM	D31.1	ROGÓWKA
650	CISPLATINUM	D31.2	SIATKÓWKA
651	CISPLATINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
652	CISPLATINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
653	CISPLATINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
654	CISPLATINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
655	CISPLATINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
656	CISPLATINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
657	CISPLATINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
658	CISPLATINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
659	CISPLATINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
660	CISPLATINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
661	CISPLATINUM	D33.0	MÓZG, 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	SZYSZYŃKA
674	CISPLATINUM	D35.5	KLĘBEK SZYJNY
675	CISPLATINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
676	CISPLATINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
677	CISPLATINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREГУ 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 KŁATKI PIERSIOWEJ
695	CISPLATINUM	D38.0	KRTAŃ
696	CISPLATINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
697	CISPLATINUM	D38.2	OPŁUCNA
698	CISPLATINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
699	CISPLATINUM	D38.4	GRASICA
700	CISPLATINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
701	CISPLATINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
702	CISPLATINUM	D39	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	SZYSZYŃKA
740	CISPLATINUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
741	CISPLATINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYŻWOJOWE
742	CISPLATINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
743	CISPLATINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
744	CISPLATINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
745	CISPLATINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	CISPLATINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
747	CISPLATINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
748	CISPLATINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
749	CISPLATINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
750	CISPLATINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
751	CISPLATINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ 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 LANGERHANS A NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
758	CISPLATINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
759	CISPLATINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
760	CISPLATINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTĄĆ NIE-NEUROPATYCZNA
761	CISPLATINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTĄĆ NEUROPATYCZNA
762	CISPLATINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
763	CISPLATINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
764	CISPLATINUM	E85.4	ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
765	CISPLATINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
766	CISPLATINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.12.

CLADRIBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CLADRIBINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
2	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANS A 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 (ROZLANE)
14	CLADRIBINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE)
15	CLADRIBINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
16	CLADRIBINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANE)
17	CLADRIBINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANE)

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) BURKITT
21	CLADRIBINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
22	CLADRIBINUM	C83.9	ROZLANEY 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	MIEŚAK 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 WALDENSTROMA
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 KOMÓREKT
49	CLADRIBINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
50	CLADRIBINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA,NIEOKREŚLONA
51	CLADRIBINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
52	CLADRIBINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
53	CLADRIBINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	CLADRIBINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	CLADRIBINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
56	CLADRIBINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
57	CLADRIBINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
58	CLADRIBINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
59	CLADRIBINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
60	CLADRIBINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
61	CLADRIBINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
62	CLADRIBINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	CLADRIBINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	CLADRIBINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	CLADRIBINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA,NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	CLADRIBINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
67	CLADRIBINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
68	CLADRIBINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
69	CLADRIBINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
70	CLADRIBINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
71	CLADRIBINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
72	CLADRIBINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
73	CLADRIBINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
74	CLADRIBINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
75	CLADRIBINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
76	CLADRIBINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	CLADRIBINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	CLADRIBINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	CLADRIBINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
80	CLADRIBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81	CLADRIBINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
82	CLADRIBINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
83	CLADRIBINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
84	CLADRIBINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
85	CLADRIBINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
86	CLADRIBINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
87	CLADRIBINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88	CLADRIBINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
89	CLADRIBINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
90	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIEINDZIEJ

Załącznik C.13.

CYKLOPHOSPHAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃZATRZONOWA
39	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	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 ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14	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	UCHYLEK MECKELA
93	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.7	ESICA
104	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
108	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	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	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C38.0	SERCE
162	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C38.4	OPŁUCNA
166	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
167	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
168	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
170	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C41.1	ŻUCHWA
181	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
198	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.0	SKÓRA WARGI
199	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
200	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
201	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
202	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
203	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
204	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
205	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
206	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C44.9	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
208	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C47	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
210	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
211	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
212	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
213	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
214	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
215	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TŁŁOWIA, NIEOKREŚLONE
216	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
217	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
218	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C48	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
219	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
220	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
221	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
222	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE T KANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
224	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C49.0	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
225	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C49.1	T KANKA ŁĄCZNA I T KANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
226	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C49.2	T KANKA ŁĄCZNA I T KANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
227	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C49.3	T KANKA ŁĄCZNA I T KANKA MIĘKKA KŁATKI PIERSIOWEJ
228	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C49.4	T KANKA ŁĄCZNA I T KANKA 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	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
254	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
255	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
256	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
257	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
258	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
259	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C54.3	DNO MACICY
260	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
261	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
262	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
263	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
264	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
266	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
267	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
268	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C57.3	PRZYMATICZA
269	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
270	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
271	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
272	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
273	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
274	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
275	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C60.0	NAPLETEK
276	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
278	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
279	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
280	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
281	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
282	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
283	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
284	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
285	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
286	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
287	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
288	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C63.2	MOSZNA
289	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
290	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
291	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
292	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
293	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
294	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
295	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
296	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
300	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
303	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
304	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
305	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
306	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
307	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
308	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
309	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
310	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
311	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
312	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
313	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
314	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
315	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
316	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
317	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
318	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
319	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
320	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
321	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
322	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
323	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
324	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	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	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
327	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
328	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
329	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
330	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
331	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
332	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
333	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
334	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
335	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
336	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72	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	SZYSZYŃKA
355	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
356	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
357	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
358	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
359	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
360	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
361	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
362	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.2	BRZUCH
363	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.3	MIEDNICA
364	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
365	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
366	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
367	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
368	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
369	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
370	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
372	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
373	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
374	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
375	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
376	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
377	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
378	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
379	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
380	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
381	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
382	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
383	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
384	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
385	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
386	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
387	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
388	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
389	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
390	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
391	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
392	C YKLO PHOSPHAMIDUM	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	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
394	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
395	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
396	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
397	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
398	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
399	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
400	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
401	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
402	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
403	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
404	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
405	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
406	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
407	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
408	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
409	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
410	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
411	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
412	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
413	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
414	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
415	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
417	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83.5	LIMFOBLAST YCZNY (ROZLANY)
418	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
419	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
420	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83.8	INNE POST ACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
421	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
422	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
423	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
424	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
425	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
426	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
427	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
428	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
429	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
430	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
431	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
432	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
433	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
434	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
435	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENST RÖMA
436	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
437	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
438	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
439	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
441	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
442	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
443	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
444	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
445	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
446	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
447	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
448	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
449	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
450	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
451	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
452	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
453	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
454	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
456	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
457	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
458	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C92.3	MIEŚAK SZPIKOWY
459	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
460	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
461	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
462	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
463	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
466	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
469	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
470	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
471	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
472	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
473	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
474	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
475	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
476	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
477	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
480	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
483	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
484	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
485	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
486	C YKLO PHOSPHAMIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
488	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
489	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
490	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
491	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
492	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
493	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
494	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D01.2	ODBYTNICA
495	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
496	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
497	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
498	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
499	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
500	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
501	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
502	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
503	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
504	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
505	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
506	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
507	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
508	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
509	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	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	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
535	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
536	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
537	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
538	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
539	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
540	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
541	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
542	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
543	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
544	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
545	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
546	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
547	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
548	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
549	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
550	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
551	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
552	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
553	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
554	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
555	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
556	C YKLO PHOSPHAMIDUM	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	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D13.0	PRZEŁYK
558	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
559	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
560	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
561	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
562	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
563	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
564	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
565	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
566	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
567	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
568	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
569	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
570	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
571	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
572	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKIPIERSIOWEJ
573	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D15.0	GRASICA
574	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D15.1	SERCE
575	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
576	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKIPIERSIOWEJ
577	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKIPIERSIOWEJ
578	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
579	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
580	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
581	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
582	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
583	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
584	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
585	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
586	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
587	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
588	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
589	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D18.0	NACZYNIANK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D18.1	NACZYNIANK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
592	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
593	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
594	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
595	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
596	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
597	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
598	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
599	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D20.1	OTRZEWNA
600	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
601	C YKLO PHOSPHAMIDUM	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	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.0	NERKA
626	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
627	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
628	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
629	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
630	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
631	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
632	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
633	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.0	SPOJÓWKA
634	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.1	ROGÓWKA
635	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.2	SIATKÓWKA
636	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
637	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
638	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
639	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
640	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
641	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
642	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
643	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
644	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
645	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
646	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
647	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
648	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
649	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
650	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
651	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
652	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
653	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
654	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35.0	NADNERCZA
656	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
657	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35.2	PRZYSADKA
658	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
659	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35.4	SZYSZYŃKA
660	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35.5	KLĘBEK SZYJNY
661	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
662	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
664	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
665	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
666	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
667	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
668	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
669	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
670	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
671	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
673	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
674	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
675	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
676	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
677	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
678	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
679	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
680	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
681	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D38.0	KRTAŃ
682	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
683	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D38.2	OPŁUCNA
684	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
685	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D38.4	GRASICA
686	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
687	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
688	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
689	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D39.0	MACICA
690	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D39.1	JAJNIK
691	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
692	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
693	C YKLO PHOSPHAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
694	C YKLO PHOSPHAMIDUM	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	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
696	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D40.1	JĄDRO
697	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
698	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
699	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
700	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.0	NERKA
701	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
702	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
703	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
704	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
705	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
706	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
707	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
708	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
709	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
710	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
711	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
712	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
713	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
714	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
715	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
716	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
717	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	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	SZYSZYŃKA
726	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
727	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
728	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
729	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
730	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46	ZESPOŁY MIEŁODYPLASTYCZNE
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 MIEŁODYPLASTYCZNE
737	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
738	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
739	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
740	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
741	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
742	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
743	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
744	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
745	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
746	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D48.4	OTRZEWNA
747	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D48.5	SKÓRA
748	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D48.6	SUTEK
749	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
750	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
751	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
752	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
753	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
754	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
759	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
760	C YKŁO PHOSPHAMIDUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
761	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.14.

CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CYTARABINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
2	CYTARABINUM	C69.0	SPOJÓWKA
3	CYTARABINUM	C69.1	ROGÓWKA
4	CYTARABINUM	C69.2	SIATKÓWKA
5	CYTARABINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
6	CYTARABINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
7	CYTARABINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
8	CYTARABINUM	C69.6	OCZODÓŁ
9	CYTARABINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
10	CYTARABINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
11	CYTARABINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
12	CYTARABINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
13	CYTARABINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
14	CYTARABINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
15	CYTARABINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
16	CYTARABINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
17	CYTARABINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
18	CYTARABINUM	C71.6	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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
36	CYTARABINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
37	CYTARABINUM	C76.1	KŁATKA 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	C YTARABINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
44	C YTARABINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
45	C YTARABINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
46	C YTARABINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
47	C YTARABINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
48	C YTARABINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
49	C YTARABINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
50	C YTARABINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
51	C YTARABINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
52	C YTARABINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
53	C YTARABINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
54	C YTARABINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
55	C YTARABINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
56	C YTARABINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
57	C YTARABINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
58	C YTARABINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
59	C YTARABINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
60	C YTARABINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
61	C YTARABINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
62	C YTARABINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
63	C YTARABINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
64	C YTARABINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65	C YTARABINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
66	C YTARABINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
67	C YTARABINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
68	C YTARABINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
69	C YTARABINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
70	C YTARABINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
71	C YTARABINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
72	C YTARABINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
73	C YTARABINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74	C YTARABINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
75	C YTARABINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
76	C YTARABINUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
77	C YTARABINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
78	C YTARABINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
79	C YTARABINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
80	C YTARABINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
81	C YTARABINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
82	C YTARABINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
83	C YTARABINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
84	C YTARABINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
85	C YTARABINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
86	C YTARABINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
87	C YTARABINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
88	C YTARABINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
89	CYTARABINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
90	CYTARABINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPIKOWA
91	CYTARABINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
92	CYTARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
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	MIEŚAK SZPIKOWY
105	CYTARABINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
106	CYTARABINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
107	CYTARABINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
108	CYTARABINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
109	CYTARABINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
110	CYTARABINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
111	CYTARABINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
112	CYTARABINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	CYTARABINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
114	CYTARABINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
115	CYTARABINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
116	CYTARABINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
117	CYTARABINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
118	CYTARABINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
119	CYTARABINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
120	CYTARABINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
121	CYTARABINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
122	CYTARABINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
123	CYTARABINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
124	CYTARABINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
125	CYTARABINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
126	CYTARABINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
127	CYTARABINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
128	CYTARABINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
129	CYTARABINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
130	CYTARABINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
131	CYTARABINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
132	CYTARABINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
133	CYTARABINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
134	CYTARABINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
135	CYTARABINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
136	CYTARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
137	CYTARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
138	CYTARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
139	CYTARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
140	CYTARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
141	CYTARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
142	CYTARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
143	CYTARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
144	CYTARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
145	CYTARABINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
146	CYTARABINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
147	CYTARABINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
148	CYTARABINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
149	CYTARABINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
150	CYTARABINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
151	CYTARABINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
152	CYTARABINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
153	CYTARABINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
154	CYTARABINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.16.

DACARBAZINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DACARBAZINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	DACARBAZINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	DACARBAZINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	DACARBAZINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	DACARBAZINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	DACARBAZINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	DACARBAZINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	DACARBAZINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	DACARBAZINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	DACARBAZINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	DACARBAZINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	DACARBAZINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	DACARBAZINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	DACARBAZINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	DACARBAZINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	DACARBAZINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	DACARBAZINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	DACARBAZINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	DACARBAZINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	DAC ARBAZINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DAC ARBAZINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	DAC ARBAZINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DAC ARBAZINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DAC ARBAZINUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	DAC ARBAZINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	DAC ARBAZINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	DAC ARBAZINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	DAC ARBAZINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	DAC ARBAZINUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	DAC ARBAZINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	DAC ARBAZINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	DAC ARBAZINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	DAC ARBAZINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	DAC ARBAZINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	DAC ARBAZINUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	DAC ARBAZINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	DAC ARBAZINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	DAC ARBAZINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	DAC ARBAZINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	DAC ARBAZINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	DAC ARBAZINUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DAC ARBAZINUM	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	DAC ARBAZINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	DAC ARBAZINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	DAC ARBAZINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	DAC ARBAZINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	DAC ARBAZINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	DAC ARBAZINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	DAC ARBAZINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	DAC ARBAZINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	DAC ARBAZINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	DAC ARBAZINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	DAC ARBAZINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	DAC ARBAZINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	DAC ARBAZINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	DAC ARBAZINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	DAC ARBAZINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	DAC ARBAZINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	DAC ARBAZINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	DAC ARBAZINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	DAC ARBAZINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	DAC ARBAZINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	DAC ARBAZINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	DAC ARBAZINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	DAC ARBAZINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	DAC ARBAZINUM	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 ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DACARBAZINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	DACARBAZINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	DACARBAZINUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU 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	UCHYLEK MECKELA
93	DACARBAZINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	DACARBAZINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	DACARBAZINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	DACARBAZINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	DACARBAZINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	DACARBAZINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	DACARBAZINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	DACARBAZINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	DACARBAZINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	DACARBAZINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	DACARBAZINUM	C18.7	ESICA
104	DACARBAZINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	DACARBAZINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	DACARBAZINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	DACARBAZINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
108	DACARBAZINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	DACARBAZINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	DACARBAZINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	DACARBAZINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	DACARBAZINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	DACARBAZINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	DAC ARBAZINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	DAC ARBAZINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	DAC ARBAZINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	DAC ARBAZINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	DAC ARBAZINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	DAC ARBAZINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	DAC ARBAZINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	DAC ARBAZINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	DAC ARBAZINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	DAC ARBAZINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	DAC ARBAZINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	DAC ARBAZINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	DAC ARBAZINUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	DAC ARBAZINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	DAC ARBAZINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	DAC ARBAZINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	DAC ARBAZINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	DAC ARBAZINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	DAC ARBAZINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	DAC ARBAZINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	DAC ARBAZINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	DAC ARBAZINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	DAC ARBAZINUM	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	DAC ARBAZINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	DAC ARBAZINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	DAC ARBAZINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	DAC ARBAZINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	DAC ARBAZINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	DAC ARBAZINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	DAC ARBAZINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	DAC ARBAZINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	DAC ARBAZINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	DAC ARBAZINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	DAC ARBAZINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	DAC ARBAZINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	DAC ARBAZINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	DAC ARBAZINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	DAC ARBAZINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
152	DAC ARBAZINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
153	DAC ARBAZINUM	C38.0	SERCE
154	DAC ARBAZINUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
155	DAC ARBAZINUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
156	DAC ARBAZINUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
157	DAC ARBAZINUM	C38.4	OPŁUCNA
158	DAC ARBAZINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
159	DAC ARBAZINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
160	DAC ARBAZINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	DAC ARBAZINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
162	DAC ARBAZINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
163	DAC ARBAZINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
164	DAC ARBAZINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
165	DAC ARBAZINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
166	DAC ARBAZINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
167	DAC ARBAZINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
168	DAC ARBAZINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
169	DAC ARBAZINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
170	DAC ARBAZINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
171	DAC ARBAZINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
172	DAC ARBAZINUM	C41.1	ŻUCHWA
173	DAC ARBAZINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
174	DAC ARBAZINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
175	DAC ARBAZINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
176	DAC ARBAZINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
177	DAC ARBAZINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
178	DAC ARBAZINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
179	DAC ARBAZINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
180	DAC ARBAZINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
181	DAC ARBAZINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
182	DAC ARBAZINUM	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	DAC ARBAZINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
184	DAC ARBAZINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
185	DAC ARBAZINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
186	DAC ARBAZINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
187	DAC ARBAZINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
188	DAC ARBAZINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
189	DAC ARBAZINUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
190	DAC ARBAZINUM	C44.0	SKÓRA WARGI
191	DAC ARBAZINUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
192	DAC ARBAZINUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
193	DAC ARBAZINUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
194	DAC ARBAZINUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
195	DAC ARBAZINUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
196	DAC ARBAZINUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
197	DAC ARBAZINUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
198	DAC ARBAZINUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
199	DAC ARBAZINUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
200	DAC ARBAZINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
201	DAC ARBAZINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
202	DAC ARBAZINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
203	DAC ARBAZINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
204	DAC ARBAZINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
205	DAC ARBAZINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	DAC ARBAZINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
207	DAC ARBAZINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
208	DAC ARBAZINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	DAC ARBAZINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
210	DAC ARBAZINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
211	DAC ARBAZINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
212	DAC ARBAZINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
213	DAC ARBAZINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
214	DAC ARBAZINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
215	DAC ARBAZINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
216	DAC ARBAZINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
217	DAC ARBAZINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
218	DAC ARBAZINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
219	DAC ARBAZINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
220	DAC ARBAZINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
221	DAC ARBAZINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
222	DAC ARBAZINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
223	DAC ARBAZINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
224	DAC ARBAZINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
225	DAC ARBAZINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
226	DAC ARBAZINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
227	DAC ARBAZINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	DAC ARBAZINUM	C51.2	ŁECHTACZKA
229	DAC ARBAZINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
230	DAC ARBAZINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
231	DAC ARBAZINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
232	DAC ARBAZINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
233	DAC ARBAZINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
234	DAC ARBAZINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
235	DAC ARBAZINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
236	DAC ARBAZINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
237	DAC ARBAZINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
238	DAC ARBAZINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
239	DAC ARBAZINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
240	DAC ARBAZINUM	C54.3	DNO MACICY
241	DAC ARBAZINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
242	DAC ARBAZINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
243	DAC ARBAZINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
244	DAC ARBAZINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
245	DAC ARBAZINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
246	DAC ARBAZINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
247	DAC ARBAZINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
248	DAC ARBAZINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
249	DAC ARBAZINUM	C57.3	PRZYMACICZA
250	DAC ARBAZINUM	C57.4	PRZYDATKIMACICY, NIEOKREŚLONE
251	DAC ARBAZINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	DAC ARBAZINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
253	DAC ARBAZINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
254	DAC ARBAZINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	DAC ARBAZINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	DAC ARBAZINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	DAC ARBAZINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	DAC ARBAZINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	DAC ARBAZINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
260	DAC ARBAZINUM	C63.0	NAJĄDRZE
261	DAC ARBAZINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
262	DAC ARBAZINUM	C63.2	MOSZNA
263	DAC ARBAZINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
264	DAC ARBAZINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	DAC ARBAZINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
266	DAC ARBAZINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	DAC ARBAZINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	DAC ARBAZINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	DAC ARBAZINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
270	DAC ARBAZINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
271	DAC ARBAZINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
272	DAC ARBAZINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
273	DAC ARBAZINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
274	DAC ARBAZINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
275	DAC ARBAZINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	DAC ARBAZINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
277	DAC ARBAZINUM	C67.7	MOCZOWNIK
278	DAC ARBAZINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
279	DAC ARBAZINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
280	DAC ARBAZINUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
281	DAC ARBAZINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
282	DAC ARBAZINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
283	DAC ARBAZINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
284	DAC ARBAZINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
285	DAC ARBAZINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
286	DAC ARBAZINUM	C69.0	SPOJÓWKA
287	DAC ARBAZINUM	C69.1	ROGÓWKA
288	DAC ARBAZINUM	C69.2	SIATKÓWKA
289	DAC ARBAZINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
290	DAC ARBAZINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
291	DAC ARBAZINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
292	DAC ARBAZINUM	C69.6	OCZODÓŁ
293	DAC ARBAZINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
294	DAC ARBAZINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
295	DAC ARBAZINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
296	DAC ARBAZINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
297	DAC ARBAZINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
298	DAC ARBAZINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
299	DAC ARBAZINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	DAC ARBAZINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
301	DAC ARBAZINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
302	DAC ARBAZINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
303	DAC ARBAZINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
304	DAC ARBAZINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
305	DAC ARBAZINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
306	DAC ARBAZINUM	C71.6	MÓZDŻEK
307	DAC ARBAZINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	DAC ARBAZINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	DAC ARBAZINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	DAC ARBAZINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
311	DAC ARBAZINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
312	DAC ARBAZINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
313	DAC ARBAZINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
314	DAC ARBAZINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
315	DAC ARBAZINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
316	DAC ARBAZINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
317	DAC ARBAZINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
318	DAC ARBAZINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
319	DAC ARBAZINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
320	DAC ARBAZINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
321	DAC ARBAZINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
322	DAC ARBAZINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
323	DAC ARBAZINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
324	DAC ARBAZINUM	C75	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
325	DAC ARBAZINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
326	DAC ARBAZINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
327	DAC ARBAZINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
328	DAC ARBAZINUM	C75.3	SZYSZYNKA
329	DAC ARBAZINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
330	DAC ARBAZINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
331	DAC ARBAZINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
332	DAC ARBAZINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
333	DAC ARBAZINUM	C76	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
334	DAC ARBAZINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
335	DAC ARBAZINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
336	DAC ARBAZINUM	C76.2	BRZUCH
337	DAC ARBAZINUM	C76.3	MIEDNICA
338	DAC ARBAZINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
339	DAC ARBAZINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
340	DAC ARBAZINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
341	DAC ARBAZINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
342	DAC ARBAZINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
343	DAC ARBAZINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
344	DAC ARBAZINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
345	DAC ARBAZINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	DAC ARBAZINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
347	DAC ARBAZINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
348	DAC ARBAZINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
349	DAC ARBAZINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
350	DAC ARBAZINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
351	DAC ARBAZINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
352	DAC ARBAZINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
353	DAC ARBAZINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
354	DAC ARBAZINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
355	DAC ARBAZINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
356	DAC ARBAZINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
357	DAC ARBAZINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
358	DAC ARBAZINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
359	DAC ARBAZINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
360	DAC ARBAZINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
361	DAC ARBAZINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
362	DAC ARBAZINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
363	DAC ARBAZINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
364	DAC ARBAZINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
365	DAC ARBAZINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
366	DAC ARBAZINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
367	DAC ARBAZINUM	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	DAC ARBAZINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
369	DAC ARBAZINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
370	DAC ARBAZINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371	DAC ARBAZINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
372	DAC ARBAZINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
373	DAC ARBAZINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
374	DAC ARBAZINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
375	DAC ARBAZINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
376	DAC ARBAZINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
377	DAC ARBAZINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
378	DAC ARBAZINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
379	DAC ARBAZINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
380	DAC ARBAZINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
381	DAC ARBAZINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
382	DAC ARBAZINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
383	DAC ARBAZINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
384	DAC ARBAZINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
385	DAC ARBAZINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
386	DAC ARBAZINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
387	DAC ARBAZINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
388	DAC ARBAZINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
389	DAC ARBAZINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
390	DAC ARBAZINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
391	DAC ARBAZINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
392	DAC ARBAZINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
393	DAC ARBAZINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
394	DAC ARBAZINUM	C83.8	INNE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
395	DAC ARBAZINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
396	DAC ARBAZINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
397	DAC ARBAZINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
398	DAC ARBAZINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
399	DAC ARBAZINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
400	DAC ARBAZINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
401	DAC ARBAZINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
402	DAC ARBAZINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
403	DAC ARBAZINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
404	DAC ARBAZINUM	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
405	DAC ARBAZINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
406	DAC ARBAZINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
407	DAC ARBAZINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	DAC ARBAZINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
409	DAC ARBAZINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
410	DAC ARBAZINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
411	DAC ARBAZINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
412	DAC ARBAZINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
413	DAC ARBAZINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
414	DAC ARBAZINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	DAC ARBAZINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
416	DAC ARBAZINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
417	DAC ARBAZINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
418	DAC ARBAZINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
419	DAC ARBAZINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
420	DAC ARBAZINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
421	DAC ARBAZINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
422	DAC ARBAZINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
423	DAC ARBAZINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
424	DAC ARBAZINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
425	DAC ARBAZINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
426	DAC ARBAZINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
427	DAC ARBAZINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
428	DAC ARBAZINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
429	DAC ARBAZINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
430	DAC ARBAZINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
431	DAC ARBAZINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
432	DAC ARBAZINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
433	DAC ARBAZINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
434	DAC ARBAZINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
435	DAC ARBAZINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
436	DAC ARBAZINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
437	DAC ARBAZINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
438	DAC ARBAZINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	DAC ARBAZINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
440	DAC ARBAZINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
441	DAC ARBAZINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
442	DAC ARBAZINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
443	DAC ARBAZINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
444	DAC ARBAZINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
445	DAC ARBAZINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
446	DAC ARBAZINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
447	DAC ARBAZINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
448	DAC ARBAZINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
449	DAC ARBAZINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
450	DAC ARBAZINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
451	DAC ARBAZINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
452	DAC ARBAZINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
453	DAC ARBAZINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
454	DAC ARBAZINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
455	DAC ARBAZINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
456	DAC ARBAZINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
457	DAC ARBAZINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
458	DAC ARBAZINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
459	DAC ARBAZINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
460	DAC ARBAZINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
461	DAC ARBAZINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
462	DAC ARBAZINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
463	DAC ARBAZINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
464	DAC ARBAZINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
465	DAC ARBAZINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
466	DAC ARBAZINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
467	DAC ARBAZINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468	DAC ARBAZINUM	D01.2	ODBYTNICA
469	DAC ARBAZINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470	DAC ARBAZINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
471	DAC ARBAZINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
472	DAC ARBAZINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
473	DAC ARBAZINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
474	DAC ARBAZINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
475	DAC ARBAZINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
476	DAC ARBAZINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
477	DAC ARBAZINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
478	DAC ARBAZINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
479	DAC ARBAZINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
480	DAC ARBAZINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
481	DAC ARBAZINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
482	DAC ARBAZINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
483	DAC ARBAZINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
484	DAC ARBAZINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
485	DAC ARBAZINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
486	DAC ARBAZINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
487	DAC ARBAZINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
488	DAC ARBAZINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
489	DAC ARBAZINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
490	DAC ARBAZINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
491	DAC ARBAZINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
492	DAC ARBAZINUM	D07.1	SROM
493	DAC ARBAZINUM	D07.2	POCHWA
494	DAC ARBAZINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
495	DAC ARBAZINUM	D07.4	PRĄCIE
496	DAC ARBAZINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
497	DAC ARBAZINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
498	DAC ARBAZINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
499	DAC ARBAZINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
500	DAC ARBAZINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
501	DAC ARBAZINUM	D09.2	OKO
502	DAC ARBAZINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
503	DAC ARBAZINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
504	DAC ARBAZINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
505	DAC ARBAZINUM	D10	NOWOTÓRNIENIE JAMY USTNEJ I GARDŁA
506	DAC ARBAZINUM	D10.0	WARGA
507	DAC ARBAZINUM	D10.1	JĘZYK
508	DAC ARBAZINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	DAC ARBAZINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
510	DAC ARBAZINUM	D10.4	MIGDAŁEK
511	DAC ARBAZINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
512	DAC ARBAZINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
513	DAC ARBAZINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
514	DAC ARBAZINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
515	DAC ARBAZINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
516	DAC ARBAZINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
517	DAC ARBAZINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
518	DAC ARBAZINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
519	DAC ARBAZINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
520	DAC ARBAZINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
521	DAC ARBAZINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
522	DAC ARBAZINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
523	DAC ARBAZINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
524	DAC ARBAZINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
525	DAC ARBAZINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
526	DAC ARBAZINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
527	DAC ARBAZINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
528	DAC ARBAZINUM	D12.8	ODBYTNICA
529	DAC ARBAZINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
530	DAC ARBAZINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
531	DAC ARBAZINUM	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	DAC ARBAZINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
533	DAC ARBAZINUM	D13.2	DWUNASTNICA
534	DAC ARBAZINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
535	DAC ARBAZINUM	D13.4	WĄTROBA
536	DAC ARBAZINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
537	DAC ARBAZINUM	D13.6	TRZUSTKA
538	DAC ARBAZINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
539	DAC ARBAZINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
540	DAC ARBAZINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
541	DAC ARBAZINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
542	DAC ARBAZINUM	D14.1	KRTAŃ
543	DAC ARBAZINUM	D14.2	TCHAWICA
544	DAC ARBAZINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
545	DAC ARBAZINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
546	DAC ARBAZINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
547	DAC ARBAZINUM	D15.0	GRASICA
548	DAC ARBAZINUM	D15.1	SERCE
549	DAC ARBAZINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
550	DAC ARBAZINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
551	DAC ARBAZINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
552	DAC ARBAZINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
553	DAC ARBAZINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
554	DAC ARBAZINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
555	DAC ARBAZINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
556	DAC ARBAZINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
557	DAC ARBAZINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
558	DAC ARBAZINUM	D16.5	ŻUCHWA
559	DAC ARBAZINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
560	DAC ARBAZINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
561	DAC ARBAZINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
562	DAC ARBAZINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
563	DAC ARBAZINUM	D18	NACZYNIAKI KRWIONOŚNE I NACZYNIAKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	DAC ARBAZINUM	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	DAC ARBAZINUM	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	DAC ARBAZINUM	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	DAC ARBAZINUM	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
568	DAC ARBAZINUM	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	DAC ARBAZINUM	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	DAC ARBAZINUM	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	DAC ARBAZINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	DAC ARBAZINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	DAC ARBAZINUM	D20.1	OTRZEWNA
574	DAC ARBAZINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
575	DAC ARBAZINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
576	DAC ARBAZINUM	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	DAC ARBAZINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
578	DAC ARBAZINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
579	DAC ARBAZINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
580	DAC ARBAZINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
581	DAC ARBAZINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
582	DAC ARBAZINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
583	DAC ARBAZINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
584	DAC ARBAZINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
585	DAC ARBAZINUM	D28.0	SROM
586	DAC ARBAZINUM	D28.1	POCHWA
587	DAC ARBAZINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
588	DAC ARBAZINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
589	DAC ARBAZINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
590	DAC ARBAZINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
591	DAC ARBAZINUM	D29.0	PRĄCIE
592	DAC ARBAZINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
593	DAC ARBAZINUM	D29.2	JĄDRO
594	DAC ARBAZINUM	D29.3	NAJĄDRZE
595	DAC ARBAZINUM	D29.4	MOSZNA
596	DAC ARBAZINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
597	DAC ARBAZINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
598	DAC ARBAZINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
599	DAC ARBAZINUM	D30.0	NERKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
600	DAC ARBAZINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
601	DAC ARBAZINUM	D30.2	MOCZOWÓD
602	DAC ARBAZINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
603	DAC ARBAZINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
604	DAC ARBAZINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
605	DAC ARBAZINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
606	DAC ARBAZINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
607	DAC ARBAZINUM	D31.0	SPOJÓWKA
608	DAC ARBAZINUM	D31.1	ROGÓWKA
609	DAC ARBAZINUM	D31.2	SIATKÓWKA
610	DAC ARBAZINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
611	DAC ARBAZINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
612	DAC ARBAZINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
613	DAC ARBAZINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
614	DAC ARBAZINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
615	DAC ARBAZINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
616	DAC ARBAZINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
617	DAC ARBAZINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
618	DAC ARBAZINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
619	DAC ARBAZINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
620	DAC ARBAZINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
621	DAC ARBAZINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
622	DAC ARBAZINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
623	DAC ARBAZINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
624	DAC ARBAZINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
625	DAC ARBAZINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
626	DAC ARBAZINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
627	DAC ARBAZINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
628	DAC ARBAZINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629	DAC ARBAZINUM	D35.0	NADNERCZA
630	DAC ARBAZINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
631	DAC ARBAZINUM	D35.2	PRZYSADKA
632	DAC ARBAZINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
633	DAC ARBAZINUM	D35.4	SZYSZYNKĄ
634	DAC ARBAZINUM	D35.5	KLĘBEK SZYJNY
635	DAC ARBAZINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
636	DAC ARBAZINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
637	DAC ARBAZINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
638	DAC ARBAZINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
639	DAC ARBAZINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
640	DAC ARBAZINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
641	DAC ARBAZINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
642	DAC ARBAZINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
643	DAC ARBAZINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
644	DAC ARBAZINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
645	DAC ARBAZINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
646	DAC ARBAZINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
647	DAC ARBAZINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
648	DAC ARBAZINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
649	DAC ARBAZINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
650	DAC ARBAZINUM	D37.5	ODBYTNICA
651	DAC ARBAZINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
652	DAC ARBAZINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
653	DAC ARBAZINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
654	DAC ARBAZINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ
655	DAC ARBAZINUM	D38.0	KRTAŃ
656	DAC ARBAZINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
657	DAC ARBAZINUM	D38.2	OPŁUCNA
658	DAC ARBAZINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
659	DAC ARBAZINUM	D38.4	GRASICA
660	DAC ARBAZINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
661	DAC ARBAZINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
662	DAC ARBAZINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
663	DAC ARBAZINUM	D39.0	MACICA
664	DAC ARBAZINUM	D39.1	JAJNIK
665	DAC ARBAZINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
666	DAC ARBAZINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
667	DAC ARBAZINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
668	DAC ARBAZINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
669	DAC ARBAZINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	DAC ARBAZINUM	D40.1	JĄDRO
671	DAC ARBAZINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
672	DAC ARBAZINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
673	DAC ARBAZINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
674	DAC ARBAZINUM	D41.0	NERKA
675	DAC ARBAZINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
676	DAC ARBAZINUM	D41.2	MOCZOWÓD
677	DAC ARBAZINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
678	DAC ARBAZINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
679	DAC ARBAZINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
680	DAC ARBAZINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
681	DAC ARBAZINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
682	DAC ARBAZINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
683	DAC ARBAZINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
684	DAC ARBAZINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
685	DAC ARBAZINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
686	DAC ARBAZINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
687	DAC ARBAZINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
688	DAC ARBAZINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
689	DAC ARBAZINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
690	DAC ARBAZINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
691	DAC ARBAZINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
692	DAC ARBAZINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
693	DAC ARBAZINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
694	DAC ARBAZINUM	D44.0	TARCZYCA
695	DAC ARBAZINUM	D44.1	NADNERCZA
696	DAC ARBAZINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
697	DAC ARBAZINUM	D44.3	PRZYSADKA
698	DAC ARBAZINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
699	DAC ARBAZINUM	D44.5	SZYSZYNKĄ
700	DAC ARBAZINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
701	DAC ARBAZINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
702	DAC ARBAZINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
703	DAC ARBAZINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
704	DAC ARBAZINUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
705	DAC ARBAZINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
706	DAC ARBAZINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
707	DAC ARBAZINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
708	DAC ARBAZINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
709	DAC ARBAZINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
710	DAC ARBAZINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
711	DAC ARBAZINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
712	DAC ARBAZINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
713	DAC ARBAZINUM	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
714	DAC ARBAZINUM	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
715	DAC ARBAZINUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
716	DAC ARBAZINUM	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
717	DAC ARBAZINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
718	DAC ARBAZINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
719	DAC ARBAZINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
720	DAC ARBAZINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
721	DAC ARBAZINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
722	DAC ARBAZINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
723	DAC ARBAZINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
724	DAC ARBAZINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
725	DAC ARBAZINUM	D48.4	OTRZEWNA
726	DAC ARBAZINUM	D48.5	SKÓRA
727	DAC ARBAZINUM	D48.6	SUTĘK
728	DAC ARBAZINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
729	DAC ARBAZINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
730	DAC ARBAZINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
731	DAC ARBAZINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
732	DAC ARBAZINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
733	DAC ARBAZINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
734	DAC ARBAZINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
735	DAC ARBAZINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
736	DACARBAZINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
737	DACARBAZINUM	E85.4	ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
738	DACARBAZINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
739	DACARBAZINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.19.

DOCETAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DO C ETAXELUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	DO C ETAXELUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	DO C ETAXELUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	DO C ETAXELUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	DO C ETAXELUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	DO C ETAXELUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	DO C ETAXELUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	DO C ETAXELUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	DO C ETAXELUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	DO C ETAXELUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	DO C ETAXELUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	DO C ETAXELUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	DO C ETAXELUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	DO C ETAXELUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	DO C ETAXELUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	DO C ETAXELUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	DO C ETAXELUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	DO C ETAXELUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	DO C ETAXELUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	DO C ETAXELUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DO C ETAXELUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	DO C ETAXELUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DO C ETAXELUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DO C ETAXELUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	DO C ETAXELUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	DO C ETAXELUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	DO C ETAXELUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	DO C ETAXELUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	DO C ETAXELUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	DO C ETAXELUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	DO C ETAXELUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	DO C ETAXELUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	DO C ETAXELUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	DO C ETAXELUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	DO C ETAXELUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	DO C ETAXELUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	DO C ETAXELUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	DO C ETAXELUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	DO C ETAXELUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	DO C ETAXELUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	DO C ETAXELUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DO C ETAXELUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	DO C ETAXELUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	DO C ETAXELUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	DO C ETAXELUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	DO C ETAXELUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	DO C ETAXELUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	DO CETAXELUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	DO CETAXELUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	DO CETAXELUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	DO CETAXELUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	DO CETAXELUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	DO CETAXELUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	DO CETAXELUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	DO CETAXELUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	DO CETAXELUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	DO CETAXELUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	DO CETAXELUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	DO CETAXELUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	DO CETAXELUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	DO CETAXELUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	DO CETAXELUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	DO CETAXELUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	DO CETAXELUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	DO CETAXELUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	DO CETAXELUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	DO CETAXELUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DO CETAXELUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	DO CETAXELUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	DO CETAXELUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	DO CETAXELUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	DO CETAXELUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	DO CETAXELUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74	DO CETAXELUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	DO CETAXELUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	DO CETAXELUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	DO CETAXELUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	DO CETAXELUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	DO CETAXELUM	C16.0	WPUST
80	DO CETAXELUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	DO CETAXELUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	DO CETAXELUM	C16.3	UJŚCIE ODŻWIERNIKA
83	DO CETAXELUM	C16.4	ODŻWIERNIK
84	DO CETAXELUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	DO CETAXELUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	DO CETAXELUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	DO CETAXELUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	DO CETAXELUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	DO CETAXELUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	DO CETAXELUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	DO CETAXELUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	DO CETAXELUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	DO CETAXELUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	DO CETAXELUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	DO CETAXELUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	DO CETAXELUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	DO CETAXELUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	DO CETAXELUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	DO C ETAXELUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	DO C ETAXELUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
101	DO C ETAXELUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
102	DO C ETAXELUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
103	DO C ETAXELUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	DO C ETAXELUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	DO C ETAXELUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	DO C ETAXELUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	DO C ETAXELUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	DO C ETAXELUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	DO C ETAXELUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	DO C ETAXELUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	DO C ETAXELUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	DO C ETAXELUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	DO C ETAXELUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	DO C ETAXELUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	DO C ETAXELUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	DO C ETAXELUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	DO C ETAXELUM	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.	DO XO RUBICINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	DO XO RUBICINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	DO XO RUBICINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	DO XO RUBICINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	DO XO RUBICINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	DO XO RUBICINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	DO XO RUBICINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	DO XO RUBICINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	DO XO RUBICINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	DO XO RUBICINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	DO XO RUBICINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	DO XO RUBICINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	DO XO RUBICINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	DO XO RUBICINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	DO XO RUBICINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	DO XO RUBICINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	DO XO RUBICINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	DO XO RUBICINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	DO XO RUBICINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	DO XO RUBICINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	DO XO RUBICINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	DO XO RUBICINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	DO XO RUBICINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	DO XO RUBICINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	DO XO RUBICINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	DO XO RUBICINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	DO XO RUBICINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	DO XO RUBICINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	DO XO RUBICINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	DO XO RUBICINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	DO XO RUBICINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	DO XO RUBICINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	DO XO RUBICINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	DO XO RUBICINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	DO XO RUBICINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	DO XO RUBICINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	DO XO RUBICINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	DO XO RUBICINUM	C06.2	PRZESTRZEŃZATRZONOWA
39.	DO XO RUBICINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	DO XO RUBICINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	DO XO RUBICINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	DO XO RUBICINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	DO XO RUBICINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	DO XO RUBICINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	DO XO RUBICINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	DO XO RUBICINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	DO XO RUBICINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	DO XO RUBICINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	DO XO RUBICINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	DO XO RUBICINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	DO XO RUBICINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	DO XO RUBICINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	DO XO RUBICINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	DO XO RUBICINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	DO XO RUBICINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	DO XO RUBICINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	DO XO RUBICINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	DO XO RUBICINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	DO XO RUBICINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	DO XO RUBICINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	DO XO RUBICINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	DO XO RUBICINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	DO XO RUBICINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	DO XO RUBICINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	DO XO RUBICINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	DO XO RUBICINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	DO XO RUBICINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	DO XO RUBICINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	DO XO RUBICINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	DO XO RUBICINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	DO XO RUBICINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	DO XO RUBICINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	DO XO RUBICINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	DO XO RUBICINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	DO XO RUBICINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	DO XO RUBICINUM	C14.2	PIERŚCIEN CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	DO XO RUBICINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	DO XO RUBICINUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
79.	DO XO RUBICINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
80.	DO XO RUBICINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
81.	DO XO RUBICINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
82.	DO XO RUBICINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
83.	DO XO RUBICINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
84.	DO XO RUBICINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
85.	DO XO RUBICINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
86.	DO XO RUBICINUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	DO XO RUBICINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	DO XO RUBICINUM	C16.0	WPUST
89.	DO XO RUBICINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90.	DO XO RUBICINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	DO XO RUBICINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
92.	DO XO RUBICINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	DO XO RUBICINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	DO XO RUBICINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	DO XO RUBICINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	DO XO RUBICINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	DO XO RUBICINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	DO XO RUBICINUM	C17.0	DWUNASTNICA
99.	DO XO RUBICINUM	C17.1	JELITO CZCZE
100.	DO XO RUBICINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	DO XO RUBICINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102.	DO XO RUBICINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	DO XO RUBICINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	DO XO RUBICINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	DO XO RUBICINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	DO XO RUBICINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	DO XO RUBICINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	DO XO RUBICINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	DO XO RUBICINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	DO XO RUBICINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	DO XO RUBICINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	DO XO RUBICINUM	C18.7	ESICA
113.	DO XO RUBICINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114.	DO XO RUBICINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	DO XO RUBICINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	DO XO RUBICINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
117.	DO XO RUBICINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
118.	DO XO RUBICINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	DO XO RUBICINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	DO XO RUBICINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	DO XO RUBICINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
122.	DO XO RUBICINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBYI PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	DO XO RUBICINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	DO XO RUBICINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	DO XO RUBICINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	DO XO RUBICINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	DO XO RUBICINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	DO XO RUBICINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	DO XO RUBICINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	DO XO RUBICINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
131.	DO XO RUBICINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
132.	DO XO RUBICINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
133.	DO XO RUBICINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	DO XO RUBICINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
135.	DO XO RUBICINUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	DO XO RUBICINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	DO XO RUBICINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	DO XO RUBICINUM	C25.1	TRZONT TRZUSTKI
139.	DO XO RUBICINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	DO XO RUBICINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
141.	DO XO RUBICINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	DO XO RUBICINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	DO XO RUBICINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	DO XO RUBICINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	DO XO RUBICINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	DO XO RUBICINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	DO XO RUBICINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	DO XO RUBICINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	DO XO RUBICINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
150.	DO XO RUBICINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	DO XO RUBICINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	DO XO RUBICINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	DO XO RUBICINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	DO XO RUBICINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	DO XO RUBICINUM	C31.1	KOMÓRKI SIŁOWE
156.	DO XO RUBICINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	DO XO RUBICINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	DO XO RUBICINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	DO XO RUBICINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	DO XO RUBICINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
161.	DO XO RUBICINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	DO XO RUBICINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	DO XO RUBICINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	DO XO RUBICINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
165.	DO XO RUBICINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	DO XO RUBICINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	DO XO RUBICINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	DO XO RUBICINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
169.	DO XO RUBICINUM	C38.0	SERCE
170.	DO XO RUBICINUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	DO XO RUBICINUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
172.	DO XO RUBICINUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	DO XO RUBICINUM	C38.4	OPŁUCNA
174.	DO XO RUBICINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
175.	DO XO RUBICINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
176.	DO XO RUBICINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	DO XO RUBICINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
178.	DO XO RUBICINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	DO XO RUBICINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	DO XO RUBICINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	DO XO RUBICINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	DO XO RUBICINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	DO XO RUBICINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	DO XO RUBICINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	DO XO RUBICINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	DO XO RUBICINUM	C41	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.	DO XO RUBICINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	DO XO RUBICINUM	C41.1	ŻUCHWA
189.	DO XO RUBICINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	DO XO RUBICINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	DO XO RUBICINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	DO XO RUBICINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	DO XO RUBICINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	DO XO RUBICINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	DO XO RUBICINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	DO XO RUBICINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	DO XO RUBICINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	DO XO RUBICINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	DO XO RUBICINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	DO XO RUBICINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	DO XO RUBICINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	DO XO RUBICINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	DO XO RUBICINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	DO XO RUBICINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	DO XO RUBICINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	DO XO RUBICINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
207.	DO XO RUBICINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	DO XO RUBICINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	DO XO RUBICINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	DO XO RUBICINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	DO XO RUBICINUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
212.	DO XO RUBICINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
213.	DO XO RUBICINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	DO XO RUBICINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
215.	DO XO RUBICINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	DO XO RUBICINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	DO XO RUBICINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	DO XO RUBICINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
219.	DO XO RUBICINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	DO XO RUBICINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	DO XO RUBICINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	DO XO RUBICINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	DO XO RUBICINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
224.	DO XO RUBICINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	DO XO RUBICINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	DO XO RUBICINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	DO XO RUBICINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	DO XO RUBICINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	DO XO RUBICINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	DO XO RUBICINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	DO XO RUBICINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	DO XO RUBICINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	DO XO RUBICINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
234.	DO XO RUBICINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	DO XO RUBICINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	DO XO RUBICINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	DO XO RUBICINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	DO XO RUBICINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	DO XO RUBICINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	DO XO RUBICINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	DO XO RUBICINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	DO XO RUBICINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	DO XO RUBICINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	DO XO RUBICINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	DO XO RUBICINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	DO XO RUBICINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	DO XO RUBICINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	DO XO RUBICINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	DO XO RUBICINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	DO XO RUBICINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	DO XO RUBICINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	DO XO RUBICINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	DO XO RUBICINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	DO XO RUBICINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	DO XO RUBICINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	DO XO RUBICINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	DO XO RUBICINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	DO XO RUBICINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	DO XO RUBICINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	DO XO RUBICINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	DO XO RUBICINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	DO XO RUBICINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	DO XO RUBICINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	DO XO RUBICINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	DO XO RUBICINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	DO XO RUBICINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	DO XO RUBICINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	DO XO RUBICINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	DO XO RUBICINUM	C54.3	DNO MACICY
270.	DO XO RUBICINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	DO XO RUBICINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	DO XO RUBICINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	DO XO RUBICINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	DO XO RUBICINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	DO XO RUBICINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	DO XO RUBICINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
277.	DO XO RUBICINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
278.	DO XO RUBICINUM	C57.3	PRZYMAGICZA
279.	DO XO RUBICINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	DO XO RUBICINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	DO XO RUBICINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	DO XO RUBICINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	DO XO RUBICINUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	DO XO RUBICINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	DO XO RUBICINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	DO XO RUBICINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	DO XO RUBICINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	DO XO RUBICINUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	DO XO RUBICINUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	DO XO RUBICINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	DO XO RUBICINUM	C63.2	MOSZNA
292.	DO XO RUBICINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	DO XO RUBICINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	DO XO RUBICINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	DO XO RUBICINUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	DO XO RUBICINUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	DO XO RUBICINUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	DO XO RUBICINUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	DO XO RUBICINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	DO XO RUBICINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	DO XO RUBICINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	DO XO RUBICINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	DO XO RUBICINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	DO XO RUBICINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	DO XO RUBICINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	DO XO RUBICINUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	DO XO RUBICINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	DO XO RUBICINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	DO XO RUBICINUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	DO XO RUBICINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	DO XO RUBICINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	DO XO RUBICINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	DO XO RUBICINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	DO XO RUBICINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	DO XO RUBICINUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	DO XO RUBICINUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	DO XO RUBICINUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	DO XO RUBICINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	DO XO RUBICINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	DO XO RUBICINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	DO XO RUBICINUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	DO XO RUBICINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	DO XO RUBICINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	DO XO RUBICINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	DO XO RUBICINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	DO XO RUBICINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	DO XO RUBICINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	DO XO RUBICINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	DO XO RUBICINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	DO XO RUBICINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	DO XO RUBICINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	DO XO RUBICINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	DO XO RUBICINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	DO XO RUBICINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	DO XO RUBICINUM	C71.6	MÓŻDŻEK
336.	DO XO RUBICINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	DO XO RUBICINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	DO XO RUBICINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	DO XO RUBICINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	DO XO RUBICINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	DO XO RUBICINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	DO XO RUBICINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	DO XO RUBICINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	DO XO RUBICINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	DO XO RUBICINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	DO XO RUBICINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	DO XO RUBICINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	DO XO RUBICINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	DO XO RUBICINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	DO XO RUBICINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	DO XO RUBICINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	DO XO RUBICINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	DO XO RUBICINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	DO XO RUBICINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	DO XO RUBICINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	DO XO RUBICINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	DO XO RUBICINUM	C75.3	SZYSZYŃKA
358.	DO XO RUBICINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	DO XO RUBICINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	DO XO RUBICINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	DO XO RUBICINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	DO XO RUBICINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	DO XO RUBICINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	DO XO RUBICINUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	DO XO RUBICINUM	C76.2	BRZUCH
366.	DO XO RUBICINUM	C76.3	MIEDNICA
367.	DO XO RUBICINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	DO XO RUBICINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	DO XO RUBICINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	DO XO RUBICINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	DO XO RUBICINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	DO XO RUBICINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	DO XO RUBICINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	DO XO RUBICINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	DO XO RUBICINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	DO XO RUBICINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	DO XO RUBICINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	DO XO RUBICINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	DO XO RUBICINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	DO XO RUBICINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
381.	DO XO RUBICINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	DO XO RUBICINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	DO XO RUBICINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	DO XO RUBICINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	DO XO RUBICINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	DO XO RUBICINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYT NICY
387.	DO XO RUBICINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	DO XO RUBICINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	DO XO RUBICINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	DO XO RUBICINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCHUMIEJSCOWIEŃ
391.	DO XO RUBICINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	DO XO RUBICINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	DO XO RUBICINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	DO XO RUBICINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	DO XO RUBICINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	DO XO RUBICINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	DO XO RUBICINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	DO XO RUBICINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	DO XO RUBICINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	DO XO RUBICINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	DO XO RUBICINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	DO XO RUBICINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	DO XO RUBICINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	DO XO RUBICINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	DO XO RUBICINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	DO XO RUBICINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	DO XO RUBICINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	DO XO RUBICINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	DO XO RUBICINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	DO XO RUBICINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	DO XO RUBICINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	DO XO RUBICINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	DO XO RUBICINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	DO XO RUBICINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	DO XO RUBICINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	DO XO RUBICINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	DO XO RUBICINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	DO XO RUBICINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	DO XO RUBICINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	DO XO RUBICINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	DO XO RUBICINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	DO XO RUBICINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITA
423.	DO XO RUBICINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	DO XO RUBICINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	DO XO RUBICINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	DO XO RUBICINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	DO XO RUBICINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	DO XO RUBICINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	DO XO RUBICINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	DO XO RUBICINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	DO XO RUBICINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	DO XO RUBICINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	DO XO RUBICINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	DO XO RUBICINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	DO XO RUBICINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	DO XO RUBICINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	DO XO RUBICINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	DO XO RUBICINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	DO XO RUBICINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	DO XO RUBICINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	DO XO RUBICINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	DO XO RUBICINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	DO XO RUBICINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	DO XO RUBICINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
445.	DO XO RUBICINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	DO XO RUBICINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	DO XO RUBICINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	DO XO RUBICINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	DO XO RUBICINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
450.	DO XO RUBICINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	DO XO RUBICINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	DO XO RUBICINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	DO XO RUBICINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	DO XO RUBICINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
455.	DO XO RUBICINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	DO XO RUBICINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	DO XO RUBICINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	DO XO RUBICINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	DO XO RUBICINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	DO XO RUBICINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	DO XO RUBICINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	DO XO RUBICINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMELOCYTOWA
463.	DO XO RUBICINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	DO XO RUBICINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	DO XO RUBICINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	DO XO RUBICINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
467.	DO XO RUBICINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	DO XO RUBICINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	DO XO RUBICINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	DO XO RUBICINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	DO XO RUBICINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	DO XO RUBICINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	DO XO RUBICINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	DO XO RUBICINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	DO XO RUBICINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	DO XO RUBICINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	DO XO RUBICINUM	D01.2	ODBYTNICA
478.	DO XO RUBICINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	DO XO RUBICINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	DO XO RUBICINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
481.	DO XO RUBICINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	DO XO RUBICINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	DO XO RUBICINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	DO XO RUBICINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	DO XO RUBICINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
486.	DO XO RUBICINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	DO XO RUBICINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
488.	DO XO RUBICINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	DO XO RUBICINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	DO XO RUBICINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	DO XO RUBICINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
492.	DO XO RUBICINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	DO XO RUBICINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	DO XO RUBICINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	DO XO RUBICINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	DO XO RUBICINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	DO XO RUBICINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	DO XO RUBICINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	DO XO RUBICINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	DO XO RUBICINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	DO XO RUBICINUM	D07.1	SROM
502.	DO XO RUBICINUM	D07.2	POCHWA
503.	DO XO RUBICINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	DO XO RUBICINUM	D07.4	PRĄCIE
505.	DO XO RUBICINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	DO XO RUBICINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	DO XO RUBICINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	DO XO RUBICINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
509.	DO XO RUBICINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
510.	DO XO RUBICINUM	D09.2	OKO
511.	DO XO RUBICINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
512.	DO XO RUBICINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
513.	DO XO RUBICINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
514.	DO XO RUBICINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
515.	DO XO RUBICINUM	D10.0	WARGA
516.	DO XO RUBICINUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
517.	DO XO RUBICINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
518.	DO XO RUBICINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
519.	DO XO RUBICINUM	D10.4	MIGDAŁEK
520.	DO XO RUBICINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
521.	DO XO RUBICINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
522.	DO XO RUBICINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
523.	DO XO RUBICINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
524.	DO XO RUBICINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
525.	DO XO RUBICINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
526.	DO XO RUBICINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
527.	DO XO RUBICINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
528.	DO XO RUBICINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
529.	DO XO RUBICINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
530.	DO XO RUBICINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
531.	DO XO RUBICINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
532.	DO XO RUBICINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
533.	DO XO RUBICINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
534.	DO XO RUBICINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
535.	DO XO RUBICINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
536.	DO XO RUBICINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
537.	DO XO RUBICINUM	D12.8	ODBYTNICA
538.	DO XO RUBICINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
539.	DO XO RUBICINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	DO XO RUBICINUM	D13.0	PRZEŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	DO XO RUBICINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	DO XO RUBICINUM	D13.2	DWUNASTNICA
543.	DO XO RUBICINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	DO XO RUBICINUM	D13.4	WĄTROBA
545.	DO XO RUBICINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE
546.	DO XO RUBICINUM	D13.6	TRZUSTKA
547.	DO XO RUBICINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	DO XO RUBICINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	DO XO RUBICINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	DO XO RUBICINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	DO XO RUBICINUM	D14.1	KRTAŃ
552.	DO XO RUBICINUM	D14.2	TCHAWICA
553.	DO XO RUBICINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	DO XO RUBICINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	DO XO RUBICINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
556.	DO XO RUBICINUM	D15.0	GRASICA
557.	DO XO RUBICINUM	D15.1	SERCE
558.	DO XO RUBICINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
559.	DO XO RUBICINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
560.	DO XO RUBICINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
561.	DO XO RUBICINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	DO XO RUBICINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	DO XO RUBICINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	DO XO RUBICINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
565.	DO XO RUBICINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
566.	DO XO RUBICINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
567.	DO XO RUBICINUM	D16.5	ŻUCHWA
568.	DO XO RUBICINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
569.	DO XO RUBICINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
570.	DO XO RUBICINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
571.	DO XO RUBICINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
572.	DO XO RUBICINUM	D17	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ
573.	DO XO RUBICINUM	D17.0	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ GŁOWY, TWARZY I SZYI
574.	DO XO RUBICINUM	D17.1	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ TUŁOWIA
575.	DO XO RUBICINUM	D17.2	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ KOŃCZYN
576.	DO XO RUBICINUM	D17.3	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
577.	DO XO RUBICINUM	D17.4	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
578.	DO XO RUBICINUM	D17.5	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ
579.	DO XO RUBICINUM	D17.6	TŁUSZCZAK POWRÓZKA NASIENNEGO
580.	DO XO RUBICINUM	D17.7	TŁUSZCZAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
581.	DO XO RUBICINUM	D17.9	TŁUSZCZAK, NIEOKREŚLONY
582.	DO XO RUBICINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	DO XO RUBICINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	DO XO RUBICINUM	D20.1	OTRZEWNA
585.	DO XO RUBICINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	DO XO RUBICINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	DO XO RUBICINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
588.	DO XO RUBICINUM	D21.2	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	DO XO RUBICINUM	D21.3	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	DO XO RUBICINUM	D21.4	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	DO XO RUBICINUM	D21.5	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	DO XO RUBICINUM	D21.6	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	DO XO RUBICINUM	D21.9	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	DO XO RUBICINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	DO XO RUBICINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	DO XO RUBICINUM	D28.0	SROM
597.	DO XO RUBICINUM	D28.1	POCHWA
598.	DO XO RUBICINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	DO XO RUBICINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	DO XO RUBICINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	DO XO RUBICINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	DO XO RUBICINUM	D29.0	PRĄCIE
603.	DO XO RUBICINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	DO XO RUBICINUM	D29.2	JĄDRO
605.	DO XO RUBICINUM	D29.3	NAJĄDRZE
606.	DO XO RUBICINUM	D29.4	MOSZNA
607.	DO XO RUBICINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	DO XO RUBICINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	DO XO RUBICINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	DO XO RUBICINUM	D30.0	NERKA
611.	DO XO RUBICINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
612.	DO XO RUBICINUM	D30.2	MOCZOWÓD
613.	DO XO RUBICINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	DO XO RUBICINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	DO XO RUBICINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	DO XO RUBICINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	DO XO RUBICINUM	D31	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR OKA
618.	DO XO RUBICINUM	D31.0	SPOJÓWKA
619.	DO XO RUBICINUM	D31.1	ROGÓWKA
620.	DO XO RUBICINUM	D31.2	SIATKÓWKA
621.	DO XO RUBICINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	DO XO RUBICINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	DO XO RUBICINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	DO XO RUBICINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	DO XO RUBICINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	DO XO RUBICINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH
627.	DO XO RUBICINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	DO XO RUBICINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	DO XO RUBICINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	DO XO RUBICINUM	D33	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	DO XO RUBICINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	DO XO RUBICINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	DO XO RUBICINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	DO XO RUBICINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	DO XO RUBICINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
636.	DO XO RUBICINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	DO XO RUBICINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	DO XO RUBICINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	DO XO RUBICINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	DO XO RUBICINUM	D35.0	NADNERCZA
641.	DO XO RUBICINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	DO XO RUBICINUM	D35.2	PRZYSADKA
643.	DO XO RUBICINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	DO XO RUBICINUM	D35.4	SZYSZYNKA
645.	DO XO RUBICINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	DO XO RUBICINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
647.	DO XO RUBICINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	DO XO RUBICINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	DO XO RUBICINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	DO XO RUBICINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	DO XO RUBICINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	DO XO RUBICINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	DO XO RUBICINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	DO XO RUBICINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	DO XO RUBICINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	DO XO RUBICINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	DO XO RUBICINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	DO XO RUBICINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	DO XO RUBICINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
660.	DO XO RUBICINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	DO XO RUBICINUM	D37.5	ODBYTNICA
662.	DO XO RUBICINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
663.	DO XO RUBICINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	DO XO RUBICINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	DO XO RUBICINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ
666.	DO XO RUBICINUM	D38.0	KRTAŃ
667.	DO XO RUBICINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	DO XO RUBICINUM	D38.2	OPŁUCNA
669.	DO XO RUBICINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
670.	DO XO RUBICINUM	D38.4	GRASICA
671.	DO XO RUBICINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	DO XO RUBICINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	DO XO RUBICINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	DO XO RUBICINUM	D39.0	MACICA
675.	DO XO RUBICINUM	D39.1	JAJNIK
676.	DO XO RUBICINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	DO XO RUBICINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	DO XO RUBICINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	DO XO RUBICINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	DO XO RUBICINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	DO XO RUBICINUM	D40.1	JĄDRO
682.	DO XO RUBICINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	DO XO RUBICINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	DO XO RUBICINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	DO XO RUBICINUM	D41.0	NERKA
686.	DO XO RUBICINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	DO XO RUBICINUM	D41.2	MOCZOWÓD
688.	DO XO RUBICINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	DO XO RUBICINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	DO XO RUBICINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	DO XO RUBICINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	DO XO RUBICINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	DO XO RUBICINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	DO XO RUBICINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	DO XO RUBICINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	DO XO RUBICINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	DO XO RUBICINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	DO XO RUBICINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	DO XO RUBICINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	DO XO RUBICINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	DO XO RUBICINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	DO XO RUBICINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	DO XO RUBICINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	DO XO RUBICINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	DO XO RUBICINUM	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	DO XO RUBICINUM	D44.1	NADNERCZA
707.	DO XO RUBICINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	DO XO RUBICINUM	D44.3	PRZYSADKA
709.	DO XO RUBICINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	DO XO RUBICINUM	D44.5	SZYSZYNKĄ
711.	DO XO RUBICINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	DO XO RUBICINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
713.	DO XO RUBICINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	DO XO RUBICINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	DO XO RUBICINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	DO XO RUBICINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	DO XO RUBICINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	DO XO RUBICINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	DO XO RUBICINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	DO XO RUBICINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	DO XO RUBICINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	DO XO RUBICINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	DO XO RUBICINUM	D48.4	OTRZEWNA
724.	DO XO RUBICINUM	D48.5	SKÓRA
725.	DO XO RUBICINUM	D48.6	SUTEK
726.	DO XO RUBICINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	DO XO RUBICINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	DO XO RUBICINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	DO XO RUBICINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	DO XO RUBICINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	DO XO RUBICINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
732.	DO XO RUBICINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	DO XO RUBICINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	DO XO RUBICINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	DO XO RUBICINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	DO XO RUBICINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
737.	DO XO RUBICINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	DO XO RUBICINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.21.b.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej $\geq 200\text{mg/m}^2$;

z uwzględnieniem przeciwwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Lecznego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ 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 SUBSTANCJICZYNNEJ 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) BURKITT
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 SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
30	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.22.

DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
2.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
3.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
4.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
5.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
6.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
7.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
8.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
9.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
10.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
11.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
12.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
13.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
14.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
15.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
16.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
17.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
18.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
19.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
20.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
21.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
22.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
23.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
24.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
25.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA

Załącznik C.23.

EPIRUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	EPIRUBICINUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	EPIRUBICINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	EPIRUBICINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	EPIRUBICINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	EPIRUBICINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	EPIRUBICINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	EPIRUBICINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	EPIRUBICINUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
9	EPIRUBICINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
10	EPIRUBICINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
11	EPIRUBICINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
12	EPIRUBICINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
13	EPIRUBICINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
14	EPIRUBICINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
15	EPIRUBICINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
16	EPIRUBICINUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
17	EPIRUBICINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18	EPIRUBICINUM	C16.0	WPUST
19	EPIRUBICINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
20	EPIRUBICINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	EPIRUBICINUM	C16.3	UJŚCIE ODŻWIERNIKA
22	EPIRUBICINUM	C16.4	ODŻWIERNIK
23	EPIRUBICINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
24	EPIRUBICINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
25	EPIRUBICINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
26	EPIRUBICINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
27	EPIRUBICINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
28	EPIRUBICINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
29	EPIRUBICINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
30	EPIRUBICINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
31	EPIRUBICINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
32	EPIRUBICINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
33	EPIRUBICINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
34	EPIRUBICINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35	EPIRUBICINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
36	EPIRUBICINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
37	EPIRUBICINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
38	EPIRUBICINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
39	EPIRUBICINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
40	EPIRUBICINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
41	EPIRUBICINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
42	EPIRUBICINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
43	EPIRUBICINUM	C41.1	ŻUCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	EPIRUBICINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
45	EPIRUBICINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
46	EPIRUBICINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
47	EPIRUBICINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
48	EPIRUBICINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
49	EPIRUBICINUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
50	EPIRUBICINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
51	EPIRUBICINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
52	EPIRUBICINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
53	EPIRUBICINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
54	EPIRUBICINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
55	EPIRUBICINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
56	EPIRUBICINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I 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 KŁATKI 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	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
104	EPIRUBICINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
105	EPIRUBICINUM	C57.3	PRZYMATICZA
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) BURKITA
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, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
197	EPIRUBICINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
198	EPIRUBICINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
199	EPIRUBICINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
200	EPIRUBICINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
201	EPIRUBICINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
202	EPIRUBICINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
203	EPIRUBICINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
204	EPIRUBICINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
205	EPIRUBICINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
206	EPIRUBICINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	EPIRUBICINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ AOTRZEWNOWA
208	EPIRUBICINUM	D48.4	OTRZEWNA
209	EPIRUBICINUM	D48.5	SKÓRA
210	EPIRUBICINUM	D48.6	SUTEK
211	EPIRUBICINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
212	EPIRUBICINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
213	EPIRUBICINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
214	EPIRUBICINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
215	EPIRUBICINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
216	EPIRUBICINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
217	EPIRUBICINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
218	EPIRUBICINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
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 DZIAŚŁA
21	ETOPOSIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	ETOPOSIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	ETOPOSIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, 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 SKRZEŁOWA
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 PRZEKRACZAJĄCE 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 ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	ETOPOSIDUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	ETOPOSIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	ETOPOSIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU 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	UCHYLEK MECKELA
93	ETOPOSIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	ETOPOSIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	ETOPOSIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	ETOPOSIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	ETOPOSIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	ETOPOSIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	ETOPOSIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	ETOPOSIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	ETOPOSIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	ETOPOSIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	ETOPOSIDUM	C18.7	ESICA
104	ETOPOSIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	ETOPOSIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	ETOPOSIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	ETOPOSIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
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 WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA 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, ŚRÓDPERSIA 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 KŁATKI PIERSIOWEJ
168	ETOPOSIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	ETOPOSIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI 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 KAPOSIEGO
198	ETOPOSIDUM	C46.0	MIĘSAK KAPOSIEGO SKÓRY
199	ETOPOSIDUM	C46.1	MIĘSAK KAPOSIEGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	ETOPOSIDUM	C46.2	MIĘSAK KAPOSIEGO PODNIEBIENIA
201	ETOPOSIDUM	C46.3	MIĘSAK KAPOSIEGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	ETOPOSIDUM	C46.7	MIĘSAK KAPOSIEGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	ETOPOSIDUM	C46.8	MIĘSAK KAPOSIEGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	ETOPOSIDUM	C46.9	MIĘSAK KAPOSIEGO, 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 KŁATKI 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 KŁATKI 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	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
264	ETOPOSIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
265	ETOPOSIDUM	C57.3	PRZYMACICZA
266	ETOPOSIDUM	C57.4	PRZYDATKIMACICY, 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	MÓZGZ 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	MÓZDŻEK
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	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	ETOPOSIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	ETOPOSIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	ETOPOSIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	ETOPOSIDUM	C75.3	SZYSZYŃKA
352	ETOPOSIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
353	ETOPOSIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	ETOPOSIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	ETOPOSIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	ETOPOSIDUM	C76	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	ETOPOSIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	ETOPOSIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	ETOPOSIDUM	C76.2	BRZUCH
360	ETOPOSIDUM	C76.3	MIEDNICA
361	ETOPOSIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	ETOPOSIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	ETOPOSIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	ETOPOSIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	ETOPOSIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	ETOPOSIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	ETOPOSIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	ETOPOSIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	ETOPOSIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370	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 ODDECHOWEGO 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 PĘCZERZA 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 ZŁOŚLIWYNADNERCZY
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) BURKITT
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	MIEŚSAK 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 WALDENSTROMA
433	ETOPOSIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	ETOPOSIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	ETOPOSIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELIT 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, KRWIOTWÓRCZEJ 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 KĄTEMOKA
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	NOWOTÓR 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	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE 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 KŁATKI PIERSIOWEJ
570	ETOPOSIDUM	D15.0	GRASICA
571	ETOPOSIDUM	D15.1	SERCE
572	ETOPOSIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	ETOPOSIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
574	ETOPOSIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
575	ETOPOSIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	ETOPOSIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	ETOPOSIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	ETOPOSIDUM	D16.2	KOŚCI DŁGIE 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	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR JAJNIKA
602	ETOPOSIDUM	D28	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR 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	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR 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	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR 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	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR 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	SZYSZYNKĄ
652	ETOPOSIDUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
653	ETOPOSIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
654	ETOPOSIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	ETOPOSIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
656	ETOPOSIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
657	ETOPOSIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
658	ETOPOSIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
659	ETOPOSIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
660	ETOPOSIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
661	ETOPOSIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
662	ETOPOSIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
663	ETOPOSIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
664	ETOPOSIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
665	ETOPOSIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
666	ETOPOSIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
667	ETOPOSIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
668	ETOPOSIDUM	D37.5	ODBYTNICA
669	ETOPOSIDUM	D37.6	WĄTROBA, 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 KŁATKI PIERSIOWEJ
673	ETOPOSIDUM	D38.0	KRTAŃ
674	ETOPOSIDUM	D38.1	TYCHAWICA, 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 PRYZWOJOWE
720	ETOPOSIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
721	ETOPOSIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
722	ETOPOSIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
723	ETOPOSIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
724	ETOPOSIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
725	ETOPOSIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
726	ETOPOSIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
727	ETOPOSIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
728	ETOPOSIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
729	ETOPOSIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
730	ETOPOSIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
731	ETOPOSIDUM	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
732	ETOPOSIDUM	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
733	ETOPOSIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
734	ETOPOSIDUM	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
735	ETOPOSIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
736	ETOPOSIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
737	ETOPOSIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
738	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 ZAOTRZEWNOVA
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 CHOROBY 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 SKROBOWATYCH
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) BURKITT
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 WALDENSTROMA
39	FLUDARABINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40	FLUDARABINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41	FLUDARABINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42	FLUDARABINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	FLUDARABINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44	FLUDARABINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	FLUDARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	FLUDARABINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	FLUDARABINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	FLUDARABINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	FLUDARABINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	FLUDARABINUM	C91.5	BIAŁACZKA 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 DZIAŚŁA
21	FLUORO URACILUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	FLUORO URACILUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	FLUORO URACILUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	FLUORO URACILUM	C04	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 SKRZEŁOWA
58	FLUORO URACILUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	FLUORO URACILUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	FLUORO URACILUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	FLUORO URACILUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	FLUORO URACILUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	FLUORO URACILUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	FLUORO URACILUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	FLUORO URACILUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	FLUORO URACILUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUORO URACILUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	FLUORO URACILUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	FLUORO URACILUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCINIOWATEJ
70	FLUORO URACILUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	FLUORO URACILUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	FLUORO URACILUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	FLUORO URACILUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	FLUORO URACILUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	FLUORO URACILUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	FLUORO URACILUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	FLUORO URACILUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	FLUORO URACILUM	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
79	FLUORO URACILUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
80	FLUORO URACILUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
81	FLUORO URACILUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
82	FLUORO URACILUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
83	FLUORO URACILUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
84	FLUORO URACILUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
85	FLUORO URACILUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
86	FLUORO URACILUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
87	FLUORO URACILUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	FLUORO URACILUM	C16.0	WPUST
89	FLUORO URACILUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUORO URACILUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	FLUORO URACILUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	FLUORO URACILUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93	FLUORO URACILUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94	FLUORO URACILUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	FLUORO URACILUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	FLUORO URACILUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	FLUORO URACILUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	FLUORO URACILUM	C17.0	DWUNASTNICA
99	FLUORO URACILUM	C17.1	JELITO CZCZE
100	FLUORO URACILUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101	FLUORO URACILUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102	FLUORO URACILUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	FLUORO URACILUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	FLUORO URACILUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	FLUORO URACILUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	FLUORO URACILUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	FLUORO URACILUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	FLUORO URACILUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	FLUORO URACILUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	FLUORO URACILUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	FLUORO URACILUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	FLUORO URACILUM	C18.7	ESICA
113	FLUORO URACILUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	FLUORO URACILUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	FLUORO URACILUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	FLUORO URACILUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
117	FLUORO URACILUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTUI 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 ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
122	FLUORO URACILUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	FLUORO URACILUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	FLUORO URACILUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH 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 ŻÓLCIOWEGO
131	FLUORO URACILUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	FLUORO URACILUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	FLUORO URACILUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	FLUORO URACILUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	FLUORO URACILUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	FLUORO URACILUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	FLUORO URACILUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	FLUORO URACILUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	FLUORO URACILUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	FLUORO URACILUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	FLUORO URACILUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZĄ TRZUSTKI
142	FLUORO URACILUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143	FLUORO URACILUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	FLUORO URACILUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	FLUORO URACILUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	FLUORO URACILUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	FLUORO URACILUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148	FLUORO URACILUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	FLUORO URACILUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
150	FLUORO URACILUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	FLUORO URACILUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152	FLUORO URACILUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	FLUORO URACILUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	FLUORO URACILUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	FLUORO URACILUM	C31.1	KOMÓRKI SIŁOWE
156	FLUORO URACILUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	FLUORO URACILUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	FLUORO URACILUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	FLUORO URACILUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	FLUORO URACILUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	FLUORO URACILUM	C32.0	GŁOŚNIA
162	FLUORO URACILUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	FLUORO URACILUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	FLUORO URACILUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	FLUORO URACILUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	FLUORO URACILUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	FLUORO URACILUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
168	FLUORO URACILUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
169	FLUORO URACILUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
170	FLUORO URACILUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
171	FLUORO URACILUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
172	FLUORO URACILUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
173	FLUORO URACILUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
174	FLUORO URACILUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
175	FLUORO URACILUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
176	FLUORO URACILUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
177	FLUORO URACILUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
178	FLUORO URACILUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
179	FLUORO URACILUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
180	FLUORO URACILUM	C51.2	ŁECHTACZKA
181	FLUORO URACILUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
182	FLUORO URACILUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
183	FLUORO URACILUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
184	FLUORO URACILUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	FLUO RO URACILUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
186	FLUO RO URACILUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
187	FLUO RO URACILUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
188	FLUO RO URACILUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
189	FLUO RO URACILUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
190	FLUO RO URACILUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
191	FLUO RO URACILUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
192	FLUO RO URACILUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
193	FLUO RO URACILUM	C54.3	DNO MACICY
194	FLUO RO URACILUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
195	FLUO RO URACILUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
196	FLUO RO URACILUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
197	FLUO RO URACILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
198	FLUO RO URACILUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
199	FLUO RO URACILUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
200	FLUO RO URACILUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
201	FLUO RO URACILUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
202	FLUO RO URACILUM	C57.3	PRZYMATICZA
203	FLUO RO URACILUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
204	FLUO RO URACILUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
205	FLUO RO URACILUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
206	FLUO RO URACILUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
207	FLUO RO URACILUM	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
208	FLUO RO URACILUM	C60.0	NAPLETEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209	FLUORO URACILUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
210	FLUORO URACILUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
211	FLUORO URACILUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
212	FLUORO URACILUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
213	FLUORO URACILUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
214	FLUORO URACILUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
215	FLUORO URACILUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
216	FLUORO URACILUM	C76.2	BRZUCH
217	FLUORO URACILUM	C76.3	MIEDNICA
218	FLUORO URACILUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
219	FLUORO URACILUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
220	FLUORO URACILUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
221	FLUORO URACILUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
222	FLUORO URACILUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
223	FLUORO URACILUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
224	FLUORO URACILUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
225	FLUORO URACILUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
226	FLUORO URACILUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
227	FLUORO URACILUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
228	FLUORO URACILUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
229	FLUORO URACILUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
230	FLUORO URACILUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
231	FLUO RO URACILUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	FLUO RO URACILUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	FLUO RO URACILUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	FLUO RO URACILUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	FLUO RO URACILUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	FLUO RO URACILUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	FLUO RO URACILUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	FLUO RO URACILUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	FLUO RO URACILUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	FLUO RO URACILUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	FLUO RO URACILUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	FLUO RO URACILUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	FLUO RO URACILUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	FLUO RO URACILUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	FLUO RO URACILUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	FLUO RO URACILUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	FLUO RO URACILUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	FLUO RO URACILUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
249	FLUO RO URACILUM	D48.4	OTRZEWNA
250	FLUO RO URACILUM	D48.5	SKÓRA
251	FLUO RO URACILUM	D48.6	SUTEK
252	FLUO RO URACILUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	FLUORO URACILUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.27.

FULVESTRANT

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FULVESTRANT	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2	FULVESTRANT	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3	FULVESTRANT	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4	FULVESTRANT	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5	FULVESTRANT	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6	FULVESTRANT	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7	FULVESTRANT	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8	FULVESTRANT	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9	FULVESTRANT	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10	FULVESTRANT	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.28.

GEMCITABINE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	GEMCITABINE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2.	GEMCITABINE	C22.1	RAK PRZEWODÓW 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 <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i>
14.	GEMCITABINE	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
15.	GEMCITABINE	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
16.	GEMCITABINE	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
17.	GEMCITABINE	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18.	GEMCITABINE	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ w przypadku: <i>nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym</i>
19.	GEMCITABINE	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ w przypadku: <i>nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym</i>
20.	GEMCITABINE	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
21.	GEMCITABINE	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
22.	GEMCITABINE	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
23.	GEMCITABINE	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
24.	GEMCITABINE	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
25.	GEMCITABINE	C81	CHOROBA HODGKINA w przypadku: <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
26.	GEMCITABINE	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) w przypadku: <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
27.	GEMCITABINE	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE w przypadku: <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
28.	GEMCITABINE	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T w przypadku: <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
29.	GEMCITABINE	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH w przypadku: <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>

Załącznik C.29.

HYDROXYCARBAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	HYDROXYCARBAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
2	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
3	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
4	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
5	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
6	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
7	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
8	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.6	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) BURKITT
36	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
37	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	HYDROXYCARBAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
39	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
40	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
41	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
42	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
43	HYDROXYCARBAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
45	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
46	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
48	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
49	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
50	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
51	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
52	HYDROXYCARBAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
53	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
54	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
55	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
58	HYDROXYCARBAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
59	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
60	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
61	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
62	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
63	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
64	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
65	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
66	HYDROXYCARBAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
67	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
69	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
72	HYDROXYCARBAMIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
73	HYDROXYCARBAMIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
74	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
75	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
76	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
77	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
78	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
79	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
80	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
81	HYDROXYCARBAMIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
82	HYDROXYCARBAMIDUM	D57	ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
83	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.0	NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.3	CECHA SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
87	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.8	INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
88	HYDROXYCARBAMIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA
89	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDEJ
90	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
91	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM

Załącznik C.31.

IFOSFAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	IFO SFAMIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	IFO SFAMIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	IFO SFAMIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	IFO SFAMIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	IFO SFAMIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	IFO SFAMIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	IFO SFAMIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	IFO SFAMIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	IFO SFAMIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	IFO SFAMIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	IFO SFAMIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	IFO SFAMIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	IFO SFAMIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	IFO SFAMIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	IFO SFAMIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	IFO SFAMIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	IFO SFAMIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	IFO SFAMIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	IFO SFAMIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	IFO SFAMIDUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	IFO SFAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	IFO SFAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	IFO SFAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	IFO SFAMIDUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	IFO SFAMIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	IFO SFAMIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	IFO SFAMIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	IFO SFAMIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	IFO SFAMIDUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	IFO SFAMIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	IFO SFAMIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	IFO SFAMIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	IFO SFAMIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	IFO SFAMIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	IFO SFAMIDUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	IFO SFAMIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	IFO SFAMIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	IFO SFAMIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	IFO SFAMIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	IFO SFAMIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	IFO SFAMIDUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYSZNEJ
42	IFO SFAMIDUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	IFO SFAMIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	IFO SFAMIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	IFO SFAMIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	IFO SFAMIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	IFO SFAMIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	IFO SFAMIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	IFO SFAMIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	IFO SFAMIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	IFO SFAMIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	IFO SFAMIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	IFO SFAMIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	IFO SFAMIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	IFO SFAMIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	IFO SFAMIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	IFO SFAMIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	IFO SFAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	IFO SFAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	IFO SFAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	IFO SFAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	IFO SFAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	IFO SFAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	IFO SFAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	IFO SFAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	IFO SFAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	IFO SFAMIDUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	IFO SFAMIDUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	IFO SFAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERSCIENIOWATEJ
70	IFO SFAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71	IFO SFAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72	IFO SFAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73	IFO SFAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	IFO SFAMIDUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	IFO SFAMIDUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	IFO SFAMIDUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	IFO SFAMIDUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	IFO SFAMIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	IFO SFAMIDUM	C16.0	WPUST
80	IFO SFAMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	IFO SFAMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	IFO SFAMIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	IFO SFAMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	IFO SFAMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	IFO SFAMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	IFO SFAMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	IFO SFAMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	IFO SFAMIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	IFO SFAMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
90	IFO SFAMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	IFO SFAMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	IFO SFAMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	IFO SFAMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	IFO SFAMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	IFO SFAMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96	IFO SFAMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	IFO SFAMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	IFO SFAMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	IFO SFAMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	IFO SFAMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	IFO SFAMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	IFO SFAMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	IFO SFAMIDUM	C18.7	ESICA
104	IFO SFAMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	IFO SFAMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	IFO SFAMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	IFO SFAMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	IFO SFAMIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	IFO SFAMIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	IFO SFAMIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	IFO SFAMIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	IFO SFAMIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	IFO SFAMIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	IFO SFAMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	IFO SFAMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	IFO SFAMIDUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	IFO SFAMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	IFO SFAMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	IFO SFAMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	IFO SFAMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
121	IFO SFAMIDUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122	IFO SFAMIDUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123	IFO SFAMIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124	IFO SFAMIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	IFO SFAMIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126	IFO SFAMIDUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	IFO SFAMIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	IFO SFAMIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	IFO SFAMIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	IFO SFAMIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	IFO SFAMIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	IFO SFAMIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZĄ TRZUSTKI
133	IFO SFAMIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	IFO SFAMIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	IFO SFAMIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	IFO SFAMIDUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137	IFO SFAMIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	IFO SFAMIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	IFO SFAMIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	IFO SFAMIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	IFO SFAMIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	IFO SFAMIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	IFO SFAMIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	IFO SFAMIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	IFO SFAMIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146	IFO SFAMIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	IFO SFAMIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	IFO SFAMIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	IFO SFAMIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	IFO SFAMIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	IFO SFAMIDUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
152	IFO SFAMIDUM	C32.0	GŁOŚNIA
153	IFO SFAMIDUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
154	IFO SFAMIDUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
155	IFO SFAMIDUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
156	IFO SFAMIDUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
157	IFO SFAMIDUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
158	IFO SFAMIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
159	IFO SFAMIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
160	IFO SFAMIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
161	IFO SFAMIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
162	IFO SFAMIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
163	IFO SFAMIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
164	IFO SFAMIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
165	IFO SFAMIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
166	IFO SFAMIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
167	IFO SFAMIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
168	IFO SFAMIDUM	C38.0	SERCE
169	IFO SFAMIDUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
170	IFO SFAMIDUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
171	IFO SFAMIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172	IFO SFAMIDUM	C38.4	OPŁUCNA
173	IFO SFAMIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
174	IFO SFAMIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
175	IFO SFAMIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
176	IFO SFAMIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
177	IFO SFAMIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
178	IFO SFAMIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
179	IFO SFAMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
180	IFO SFAMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181	IFO SFAMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
182	IFO SFAMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183	IFO SFAMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
184	IFO SFAMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
185	IFO SFAMIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
186	IFO SFAMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
187	IFO SFAMIDUM	C41.1	ŻUCHWA
188	IFO SFAMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
189	IFO SFAMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
190	IFO SFAMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
191	IFO SFAMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
192	IFO SFAMIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
193	IFO SFAMIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
194	IFO SFAMIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
195	IFO SFAMIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
196	IFO SFAMIDUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	IFO SFAMIDUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
198	IFO SFAMIDUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	IFO SFAMIDUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	IFO SFAMIDUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	IFO SFAMIDUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	IFO SFAMIDUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	IFO SFAMIDUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	IFO SFAMIDUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
205	IFO SFAMIDUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
206	IFO SFAMIDUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
207	IFO SFAMIDUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
208	IFO SFAMIDUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	IFO SFAMIDUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	IFO SFAMIDUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	IFO SFAMIDUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
212	IFO SFAMIDUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	IFO SFAMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
214	IFO SFAMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	IFO SFAMIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	IFO SFAMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ
217	IFO SFAMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	IFO SFAMIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	IFO SFAMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	IFO SFAMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
221	IFO SFAMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222	IFO SFAMIDUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	IFO SFAMIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
224	IFO SFAMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
225	IFO SFAMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
226	IFO SFAMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
227	IFO SFAMIDUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
228	IFO SFAMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
229	IFO SFAMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
230	IFO SFAMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
231	IFO SFAMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
232	IFO SFAMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
233	IFO SFAMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
234	IFO SFAMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
235	IFO SFAMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
236	IFO SFAMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
237	IFO SFAMIDUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
238	IFO SFAMIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
239	IFO SFAMIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
240	IFO SFAMIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241	IFO SFAMIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
242	IFO SFAMIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243	IFO SFAMIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
244	IFO SFAMIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
245	IFO SFAMIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
246	IFO SFAMIDUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
247	IFO SFAMIDUM	C51	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY SROMU
248	IFO SFAMIDUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
249	IFO SFAMIDUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
250	IFO SFAMIDUM	C51.2	ŁECHTACZKA
251	IFO SFAMIDUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
252	IFO SFAMIDUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
253	IFO SFAMIDUM	C52	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
254	IFO SFAMIDUM	C53	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
255	IFO SFAMIDUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
256	IFO SFAMIDUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
257	IFO SFAMIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
258	IFO SFAMIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
259	IFO SFAMIDUM	C54	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
260	IFO SFAMIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
261	IFO SFAMIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
262	IFO SFAMIDUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
263	IFO SFAMIDUM	C54.3	DNO MACICY
264	IFO SFAMIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
265	IFO SFAMIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
266	IFO SFAMIDUM	C55	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
267	IFO SFAMIDUM	C56	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
268	IFO SFAMIDUM	C57	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	IFO SFAMIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
270	IFO SFAMIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
271	IFO SFAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
272	IFO SFAMIDUM	C57.3	PRZYMATICZA
273	IFO SFAMIDUM	C57.4	PRZYDATKIMACICY, NIEOKREŚLONE
274	IFO SFAMIDUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
275	IFO SFAMIDUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
276	IFO SFAMIDUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
277	IFO SFAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	IFO SFAMIDUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	IFO SFAMIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	IFO SFAMIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	IFO SFAMIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	IFO SFAMIDUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	IFO SFAMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
284	IFO SFAMIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	IFO SFAMIDUM	C63.2	MOSZNA
286	IFO SFAMIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	IFO SFAMIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	IFO SFAMIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	IFO SFAMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	IFO SFAMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	IFO SFAMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	IFO SFAMIDUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	IFO SFAMIDUM	C67.0	TROJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	IFO SFAMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	IFO SFAMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
296	IFO SFAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	IFO SFAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	IFO SFAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	IFO SFAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
300	IFO SFAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
301	IFO SFAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	IFO SFAMIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	IFO SFAMIDUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	IFO SFAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	IFO SFAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	IFO SFAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	IFO SFAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	IFO SFAMIDUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	IFO SFAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
310	IFO SFAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
311	IFO SFAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
312	IFO SFAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	IFO SFAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	IFO SFAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	IFO SFAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
316	IFO SFAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	IFO SFAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	IFO SFAMIDUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	IFO SFAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	IFO SFAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321	IFO SFAMIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	IFO SFAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	IFO SFAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
324	IFO SFAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	IFO SFAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	IFO SFAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	IFO SFAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	IFO SFAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	IFO SFAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
330	IFO SFAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	IFO SFAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	IFO SFAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	IFO SFAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	IFO SFAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	IFO SFAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
336	IFO SFAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	IFO SFAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
338	IFO SFAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	IFO SFAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	IFO SFAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	IFO SFAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	IFO SFAMIDUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	IFO SFAMIDUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	IFO SFAMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY
345	IFO SFAMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	IFO SFAMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
347	IFO SFAMIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	IFO SFAMIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	IFO SFAMIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	IFO SFAMIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	IFO SFAMIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
352	IFO SFAMIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
353	IFO SFAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	IFO SFAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	IFO SFAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	IFO SFAMIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	IFO SFAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	IFO SFAMIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	IFO SFAMIDUM	C76.2	BRZUCH
360	IFO SFAMIDUM	C76.3	MIEDNICA
361	IFO SFAMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	IFO SFAMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	IFO SFAMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	IFO SFAMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	IFO SFAMIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	IFO SFAMIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	IFO SFAMIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	IFO SFAMIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	IFO SFAMIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
370	IFO SFAMIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	IFO SFAMIDUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	IFO SFAMIDUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	IFO SFAMIDUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	IFO SFAMIDUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
375	IFO SFAMIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	IFO SFAMIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	IFO SFAMIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	IFO SFAMIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	IFO SFAMIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	IFO SFAMIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYT NICY
381	IFO SFAMIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	IFO SFAMIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	IFO SFAMIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	IFO SFAMIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	IFO SFAMIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	IFO SFAMIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	IFO SFAMIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	IFO SFAMIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	IFO SFAMIDUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	IFO SFAMIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	IFO SFAMIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
392	IFO SFAMIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	IFO SFAMIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	IFO SFAMIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	IFO SFAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
396	IFO SFAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	IFO SFAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	IFO SFAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	IFO SFAMIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	IFO SFAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	IFO SFAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	IFO SFAMIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	IFO SFAMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	IFO SFAMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	IFO SFAMIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	IFO SFAMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	IFO SFAMIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	IFO SFAMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	IFO SFAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	IFO SFAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	IFO SFAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	IFO SFAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	IFO SFAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	IFO SFAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
415	IFO SFAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	IFO SFAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
417	IFO SFAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	IFO SFAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	IFO SFAMIDUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	IFO SFAMIDUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421	IFO SFAMIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
422	IFO SFAMIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	IFO SFAMIDUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	IFO SFAMIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	IFO SFAMIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	IFO SFAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	IFO SFAMIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	IFO SFAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	IFO SFAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	IFO SFAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	IFO SFAMIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	IFO SFAMIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
433	IFO SFAMIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	IFO SFAMIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	IFO SFAMIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	IFO SFAMIDUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	IFO SFAMIDUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	IFO SFAMIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
439	IFO SFAMIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	IFO SFAMIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
441	IFO SFAMIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	IFO SFAMIDUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	IFO SFAMIDUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
444	IFO SFAMIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	IFO SFAMIDUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
446	IFO SFAMIDUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	IFO SFAMIDUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	IFO SFAMIDUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	IFO SFAMIDUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	IFO SFAMIDUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	IFO SFAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	IFO SFAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	IFO SFAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	IFO SFAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	IFO SFAMIDUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	IFO SFAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	IFO SFAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	IFO SFAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	IFO SFAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	IFO SFAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	IFO SFAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	IFO SFAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
463	IFO SFAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	IFO SFAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	IFO SFAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	IFO SFAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	IFO SFAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	IFO SFAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	IFO SFAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	IFO SFAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK T UCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
471	IFO SFAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	IFO SFAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	IFO SFAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	IFO SFAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	IFO SFAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	IFO SFAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	IFO SFAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	IFO SFAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	IFO SFAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	IFO SFAMIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	IFO SFAMIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	IFO SFAMIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	IFO SFAMIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	IFO SFAMIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	IFO SFAMIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
486	IFO SFAMIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	IFO SFAMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	IFO SFAMIDUM	D01	RAKI IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	IFO SFAMIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
490	IFO SFAMIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	IFO SFAMIDUM	D01.2	ODBYTNICA
492	IFO SFAMIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	IFO SFAMIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	IFO SFAMIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
495	IFO SFAMIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	IFO SFAMIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	IFO SFAMIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
498	IFO SFAMIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	IFO SFAMIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
500	IFO SFAMIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	IFO SFAMIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	IFO SFAMIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	IFO SFAMIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	IFO SFAMIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	IFO SFAMIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	IFO SFAMIDUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	IFO SFAMIDUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	IFO SFAMIDUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
509	IFO SFAMIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	IFO SFAMIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	IFO SFAMIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	IFO SFAMIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	IFO SFAMIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	IFO SFAMIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	IFO SFAMIDUM	D07.1	SROM
516	IFO SFAMIDUM	D07.2	POCHWA
517	IFO SFAMIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	IFO SFAMIDUM	D07.4	PRĄCIE
519	IFO SFAMIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
520	IFO SFAMIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	IFO SFAMIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	IFO SFAMIDUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	IFO SFAMIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	IFO SFAMIDUM	D09.2	OKO
525	IFO SFAMIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	IFO SFAMIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	IFO SFAMIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	IFO SFAMIDUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	IFO SFAMIDUM	D10.0	WARGA
530	IFO SFAMIDUM	D10.1	JĘZYK
531	IFO SFAMIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	IFO SFAMIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
533	IFO SFAMIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
534	IFO SFAMIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	IFO SFAMIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	IFO SFAMIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	IFO SFAMIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	IFO SFAMIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	IFO SFAMIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	IFO SFAMIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	IFO SFAMIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	IFO SFAMIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	IFO SFAMIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	IFO SFAMIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
545	IFO SFAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	IFO SFAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	IFO SFAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	IFO SFAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	IFO SFAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	IFO SFAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	IFO SFAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
552	IFO SFAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	IFO SFAMIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	IFO SFAMIDUM	D13.0	PRZĘŁYK
555	IFO SFAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
556	IFO SFAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
557	IFO SFAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	IFO SFAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
559	IFO SFAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	IFO SFAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
561	IFO SFAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	IFO SFAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	IFO SFAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	IFO SFAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	IFO SFAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
566	IFO SFAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
567	IFO SFAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	IFO SFAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	IFO SFAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
570	IFO SFAMIDUM	D15.0	GRASICA
571	IFO SFAMIDUM	D15.1	SERCE
572	IFO SFAMIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	IFO SFAMIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	IFO SFAMIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	IFO SFAMIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	IFO SFAMIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	IFO SFAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	IFO SFAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
579	IFO SFAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	IFO SFAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	IFO SFAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
582	IFO SFAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	IFO SFAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	IFO SFAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	IFO SFAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	IFO SFAMIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
587	IFO SFAMIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
588	IFO SFAMIDUM	D20.1	OTRZEWNA
589	IFO SFAMIDUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
590	IFO SFAMIDUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
591	IFO SFAMIDUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
592	IFO SFAMIDUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
593	IFO SFAMIDUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
594	IFO SFAMIDUM	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	IFO SFAMIDUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
596	IFO SFAMIDUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
597	IFO SFAMIDUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
598	IFO SFAMIDUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
599	IFO SFAMIDUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
600	IFO SFAMIDUM	D28.0	SROM
601	IFO SFAMIDUM	D28.1	POCHWA
602	IFO SFAMIDUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
603	IFO SFAMIDUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
604	IFO SFAMIDUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
605	IFO SFAMIDUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
606	IFO SFAMIDUM	D29.0	PRĄCIE
607	IFO SFAMIDUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
608	IFO SFAMIDUM	D29.2	JĄDRO
609	IFO SFAMIDUM	D29.3	NAJĄDRZE
610	IFO SFAMIDUM	D29.4	MOSZNA
611	IFO SFAMIDUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
612	IFO SFAMIDUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
613	IFO SFAMIDUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
614	IFO SFAMIDUM	D30.0	NERKA
615	IFO SFAMIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
616	IFO SFAMIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
617	IFO SFAMIDUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
618	IFO SFAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
619	IFO SFAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
620	IFO SFAMIDUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
621	IFO SFAMIDUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
622	IFO SFAMIDUM	D31.0	SPOJÓWKA
623	IFO SFAMIDUM	D31.1	ROGÓWKA
624	IFO SFAMIDUM	D31.2	SIATKÓWKA
625	IFO SFAMIDUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
626	IFO SFAMIDUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
627	IFO SFAMIDUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
628	IFO SFAMIDUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
629	IFO SFAMIDUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
630	IFO SFAMIDUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
631	IFO SFAMIDUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
632	IFO SFAMIDUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
633	IFO SFAMIDUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
634	IFO SFAMIDUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
635	IFO SFAMIDUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
636	IFO SFAMIDUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
637	IFO SFAMIDUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
638	IFO SFAMIDUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
639	IFO SFAMIDUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
640	IFO SFAMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
641	IFO SFAMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
642	IFO SFAMIDUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
643	IFO SFAMIDUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
644	IFO SFAMIDUM	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645	IFO SFAMIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
646	IFO SFAMIDUM	D35.2	PRZYSADKA
647	IFO SFAMIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
648	IFO SFAMIDUM	D35.4	SZYSZYNKĄ
649	IFO SFAMIDUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
650	IFO SFAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
651	IFO SFAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
652	IFO SFAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
653	IFO SFAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
654	IFO SFAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
655	IFO SFAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
656	IFO SFAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
657	IFO SFAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
658	IFO SFAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
659	IFO SFAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
660	IFO SFAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
661	IFO SFAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
662	IFO SFAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
663	IFO SFAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
664	IFO SFAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
665	IFO SFAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
666	IFO SFAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
667	IFO SFAMIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
668	IFO SFAMIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
669	IFO SFAMIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	IFO SFAMIDUM	D38.0	KRTAŃ
671	IFO SFAMIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
672	IFO SFAMIDUM	D38.2	OPŁUCNA
673	IFO SFAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
674	IFO SFAMIDUM	D38.4	GRASICA
675	IFO SFAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
676	IFO SFAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
677	IFO SFAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
678	IFO SFAMIDUM	D39.0	MACICA
679	IFO SFAMIDUM	D39.1	JAJNIK
680	IFO SFAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
681	IFO SFAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
682	IFO SFAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
683	IFO SFAMIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
684	IFO SFAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
685	IFO SFAMIDUM	D40.1	JĄDRO
686	IFO SFAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
687	IFO SFAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
688	IFO SFAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
689	IFO SFAMIDUM	D41.0	NERKA
690	IFO SFAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
691	IFO SFAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
692	IFO SFAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
693	IFO SFAMIDUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
694	IFO SFAMIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	IFO SFAMIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
696	IFO SFAMIDUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
697	IFO SFAMIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
698	IFO SFAMIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
699	IFO SFAMIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
700	IFO SFAMIDUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
701	IFO SFAMIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
702	IFO SFAMIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
703	IFO SFAMIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
704	IFO SFAMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
705	IFO SFAMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
706	IFO SFAMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
707	IFO SFAMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
708	IFO SFAMIDUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
709	IFO SFAMIDUM	D44.0	TARCZYCA
710	IFO SFAMIDUM	D44.1	NADNERCZA
711	IFO SFAMIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
712	IFO SFAMIDUM	D44.3	PRZYSADKA
713	IFO SFAMIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
714	IFO SFAMIDUM	D44.5	SZYSZYŃKA
715	IFO SFAMIDUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
716	IFO SFAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
717	IFO SFAMIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
718	IFO SFAMIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
719	IFO SFAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720	IFO SFAMIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	IFO SFAMIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
722	IFO SFAMIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
723	IFO SFAMIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
724	IFO SFAMIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
725	IFO SFAMIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
726	IFO SFAMIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
727	IFO SFAMIDUM	D48.4	OTRZEWNA
728	IFO SFAMIDUM	D48.5	SKÓRA
729	IFO SFAMIDUM	D48.6	SUTEK
730	IFO SFAMIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
731	IFO SFAMIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
732	IFO SFAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANS A NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
733	IFO SFAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
734	IFO SFAMIDUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
735	IFO SFAMIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
736	IFO SFAMIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
737	IFO SFAMIDUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
738	IFO SFAMIDUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
739	IFO SFAMIDUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
740	IFO SFAMIDUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
741	IFO SFAMIDUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.35.

IRINOTECANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IRINOTECANUM	C15	RAK PRZĘŁYKU
2.	IRINOTECANUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	IRINOTECANUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	IRINOTECANUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	IRINOTECANUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	IRINOTECANUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	IRINOTECANUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
8.	IRINOTECANUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
9.	IRINOTECANUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚŁONY
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, NIEOKREŚŁONA
17.	IRINOTECANUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚŁONA
18.	IRINOTECANUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	IRINOTECANUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚŁONY
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	UCHYLEK MECKELA
25.	IRINOTECANUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELIT A CIENKIEGO
26.	IRINOTECANUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	IRINOTECANUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELIT A 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 MIĘKKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
97.	IRINOTECANUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
98.	IRINOTECANUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKKA KLATKI PIERSIOWEJ
99.	IRINOTECANUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKKA 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	MÓZDŻEK
129.	IRINOTECANUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
130.	IRINOTECANUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
131.	IRINOTECANUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
132.	IRINOTECANUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
133.	IRINOTECANUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
134.	IRINOTECANUM	C72.1	OGON KOŃSKI
135.	IRINOTECANUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
136.	IRINOTECANUM	C72.3	NERW WZROKOWY
137.	IRINOTECANUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
138.	IRINOTECANUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
139.	IRINOTECANUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
140.	IRINOTECANUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.a.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C15	RAK PRZĘŁYKU
2.	LANREOTIDUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	LANREOTIDUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	LANREOTIDUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	LANREOTIDUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	LANREOTIDUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	LANREOTIDUM	C15.5	DOŁNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
8.	LANREOTIDUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
9.	LANREOTIDUM	C15.9	PRZĘŁYK, 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 ODŻWIERNIKA
15.	LANREOTIDUM	C16.4	ODŻWIERNIK
16.	LANREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	LANREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	LANREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	LANREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	LANREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	LANREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
22.	LANREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	LANREO TIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	LANREO TIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	LANREO TIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	LANREO TIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	LANREO TIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	LANREO TIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	LANREO TIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	LANREO TIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	LANREO TIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	LANREO TIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	LANREO TIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	LANREO TIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	LANREO TIDUM	C18.7	ESICA
36.	LANREO TIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	LANREO TIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	LANREO TIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	LANREO TIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	LANREO TIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	LANREO TIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	LANREO TIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	LANREO TIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	LANREO TIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	LANREO TIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	LANREO TIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
47.	LANREO TIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	LANREO TIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	LANREO TIDUM	C26	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	LANREO TIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	LANREO TIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	LANREO TIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	LANREO TIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	LANREO TIDUM	C34	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	LANREO TIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	LANREO TIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	LANREO TIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	LANREO TIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	LANREO TIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	LANREO TIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	LANREO TIDUM	C75	NOWOTÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	LANREO TIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	LANREO TIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	LANREO TIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	LANREO TIDUM	C75.3	SZYSZYŃKA
66.	LANREO TIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	LANREO TIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYŻWOJOWE
68.	LANREO TIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	LANREO TIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	LANREO TIDUM	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	LANREO TIDUM	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	LANREO TIDUM	E34.2	EKTOPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	LANREO TIDUM	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZ WYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszyńki i progerii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	LANREOTIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.b.

LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C80	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów 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 (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	MELPHALANUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
23.	MELPHALANUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
24.	MELPHALANUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
25.	MELPHALANUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26.	MELPHALANUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
27.	MELPHALANUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28.	MELPHALANUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
29.	MELPHALANUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
30.	MELPHALANUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
31.	MELPHALANUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
32.	MELPHALANUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33.	MELPHALANUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
34.	MELPHALANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITA
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 PLAZMATYCZNO KOMÓRKOWA
52.	MELPHALANUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
53.	MELPHALANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	MELPHALANUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
55.	MELPHALANUM	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
56.	MELPHALANUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
57.	MELPHALANUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
58.	MELPHALANUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
59.	MELPHALANUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
60.	MELPHALANUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
61.	MELPHALANUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
62.	MELPHALANUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.40.

MERCAPTOPURINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MERCAPTOPURINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	MERCAPTOPURINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	MERCAPTOPURINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	MERCAPTOPURINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	MERCAPTOPURINUM	C81.3	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 (ROZLANE)
16.	MERCAPTOPURINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE)
17.	MERCAPTOPURINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
18.	MERCAPTOPURINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANE)
19.	MERCAPTOPURINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANE)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	MERCAPTO PURINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	MERCAPTO PURINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	MERCAPTO PURINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
23.	MERCAPTO PURINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24.	MERCAPTO PURINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	MERCAPTO PURINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	MERCAPTO PURINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	MERCAPTO PURINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28.	MERCAPTO PURINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	MERCAPTO PURINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	MERCAPTO PURINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	MERCAPTO PURINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	MERCAPTO PURINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	MERCAPTO PURINUM	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
34.	MERCAPTO PURINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	MERCAPTO PURINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	MERCAPTO PURINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	MERCAPTO PURINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38.	MERCAPTO PURINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39.	MERCAPTO PURINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40.	MERCAPTO PURINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41.	MERCAPTO PURINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42.	MERCAPTO PURINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
43.	MERCAPTO PURINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44.	MERCAPTO PURINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
45.	MERCAPTO PURINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	MERCAPTO PURINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
47.	MERCAPTO PURINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48.	MERCAPTO PURINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
49.	MERCAPTO PURINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
50.	MERCAPTO PURINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
51.	MERCAPTO PURINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
52.	MERCAPTO PURINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
53.	MERCAPTO PURINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
54.	MERCAPTO PURINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
55.	MERCAPTO PURINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56.	MERCAPTO PURINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57.	MERCAPTO PURINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
58.	MERCAPTO PURINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
59.	MERCAPTO PURINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
60.	MERCAPTO PURINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
61.	MERCAPTO PURINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
62.	MERCAPTO PURINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
63.	MERCAPTO PURINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64.	MERCAPTO PURINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65.	MERCAPTO PURINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66.	MERCAPTO PURINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67.	MERCAPTO PURINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
68.	MERCAPTO PURINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
69.	MERCAPTO PURINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
70.	MERCAPTO PURINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
71.	MERCAPTO PURINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
72.	MERCAPTO PURINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
73.	MERCAPTO PURINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
74.	MERCAPTO PURINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
75.	MERCAPTO PURINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
76.	MERCAPTO PURINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
77.	MERCAPTO PURINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78.	MERCAPTO PURINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79.	MERCAPTO PURINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80.	MERCAPTO PURINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81.	MERCAPTO PURINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	MERCAPTO PURINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
83.	MERCAPTO PURINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
84.	MERCAPTO PURINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
85.	MERCAPTO PURINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
86.	MERCAPTO PURINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
87.	MERCAPTO PURINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
88.	MERCAPTO PURINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
89.	MERCAPTO PURINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
90.	MERCAPTO PURINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
91.	MERCAPTO PURINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
92.	MERCAPTO PURINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
93.	MERCAPTO PURINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
94.	MERCAPTO PURINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
95.	MERCAPTO PURINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
96.	MERCAPTO PURINUM	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 MIEŁODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
98.	MERCAPTOPURINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIEINDZIEJ
99.	MERCAPTOPURINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
100.	MERCAPTOPURINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
101.	MERCAPTOPURINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
102.	MERCAPTOPURINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
103.	MERCAPTOPURINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
104.	MERCAPTOPURINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
105.	MERCAPTOPURINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
106.	MERCAPTOPURINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
107.	MERCAPTOPURINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
108.	MERCAPTOPURINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.41.

METHOTREXATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MEIHO TREXATUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	MEIHO TREXATUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	MEIHO TREXATUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	MEIHO TREXATUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	MEIHO TREXATUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	MEIHO TREXATUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	MEIHO TREXATUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	MEIHO TREXATUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	MEIHO TREXATUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	MEIHO TREXATUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	MEIHO TREXATUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	MEIHO TREXATUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	MEIHO TREXATUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	MEIHO TREXATUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	MEIHO TREXATUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	MEIHO TREXATUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	MEIHO TREXATUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	MEIHO TREXATUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	MEIHO TREXATUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	MEIHO TREXATUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	MEIHO TREXATUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	MEIHO TREXATUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	MEIHO TREXATUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	MEIHO TREXATUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	MEIHO TREXATUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	MEIHO TREXATUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	MEIHO TREXATUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	MEIHO TREXATUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	MEIHO TREXATUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	MEIHO TREXATUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	MEIHO TREXATUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	MEIHO TREXATUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	MEIHO TREXATUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	MEIHO TREXATUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	MEIHO TREXATUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	MEIHO TREXATUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	MEIHO TREXATUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	MEIHO TREXATUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	MEIHO TREXATUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	MEIHO TREXATUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	MEIHO TREXATUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	MEIHO TREXATUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	MEIHO TREXATUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	MEIHO TREXATUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	MEIHO TREXATUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	MEIHO TREXATUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	MEIHO TREXATUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	MEIHO TREXATUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	MEIHO TREXATUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	MEIHO TREXATUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	MEIHO TREXATUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	MEIHO TREXATUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	MEIHO TREXATUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	MEIHO TREXATUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	MEIHO TREXATUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	MEIHO TREXATUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	MEIHO TREXATUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	MEIHO TREXATUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	MEIHO TREXATUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	MEIHO TREXATUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	MEIHO TREXATUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	MEIHO TREXATUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	MEIHO TREXATUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	MEIHO TREXATUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	MEIHO TREXATUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ)
66.	MEIHO TREXATUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	MEIHO TREXATUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	MEIHO TREXATUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	MEIHO TREXATUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCENIOWATEJ
70.	MEIHO TREXATUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	MEIHO TREXATUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	MEIHO TREXATUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	MEIHO TREXATUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	MEIHO TREXATUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	MEIHO TREXATUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	MEIHO TREXATUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	MEIHO TREXATUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	MEIHO TREXATUM	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	MEIHO TREXATUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	MEIHO TREXATUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	MEIHO TREXATUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	MEIHO TREXATUM	C31.1	KOMÓRKI SIOWE
83.	MEIHO TREXATUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	MEIHO TREXATUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	MEIHO TREXATUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	MEIHO TREXATUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	MEIHO TREXATUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	MEIHO TREXATUM	C32.0	GŁOŚNIA
89.	MEIHO TREXATUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	MEIHO TREXATUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	MEIHO TREXATUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	MEIHO TREXATUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	MEIHO TREXATUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	MEIHO TREXATUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	MEIHO TREXATUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	MEIHO TREXATUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	MEIHO TREXATUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	MEIHO TREXATUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	MEIHO TREXATUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	MEIHO TREXATUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	MEIHO TREXATUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
102.	MEIHO TREXATUM	C38.0	SERCE
103.	MEIHO TREXATUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	MEIHO TREXATUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
105.	MEIHO TREXATUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	MEIHO TREXATUM	C38.4	OPŁUCNA
107.	MEIHO TREXATUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
108.	MEIHO TREXATUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
109.	MEIHO TREXATUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	MEIHO TREXATUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
111.	MEIHO TREXATUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	MEIHO TREXATUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	MEIHO TREXATUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	MEIHO TREXATUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	MEIHO TREXATUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	MEIHO TREXATUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	MEIHO TREXATUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	MEIHO TREXATUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	MEIHO TREXATUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
120.	MEIHO TREXATUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	MEIHO TREXATUM	C41.1	ŻUCHWA
122.	MEIHO TREXATUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	MEIHO TREXATUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	MEIHO TREXATUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	MEIHO TREXATUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	MEIHO TREXATUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	MEIHO TREXATUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	MEIHO TREXATUM	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	MEIHO TREXATUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	MEIHO TREXATUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	MEIHO TREXATUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	MEIHO TREXATUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	MEIHO TREXATUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	MEIHO TREXATUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	MEIHO TREXATUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	MEIHO TREXATUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	MEIHO TREXATUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	MEIHO TREXATUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	MEIHO TREXATUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	MEIHO TREXATUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	MEIHO TREXATUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	MEIHO TREXATUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	MEIHO TREXATUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	MEIHO TREXATUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
145.	MEIHO TREXATUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	MEIHO TREXATUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	MEIHO TREXATUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	MEIHO TREXATUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	MEIHO TREXATUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	MEIHO TREXATUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	MEIHO TREXATUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	MEIHO TREXATUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	MEIHO TREXATUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	MEIHO TREXATUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	MEIHO TREXATUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	MEIHO TREXATUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	MEIHO TREXATUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	MEIHO TREXATUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	MEIHO TREXATUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	MEIHO TREXATUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	MEIHO TREXATUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	MEIHO TREXATUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	MEIHO TREXATUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	MEIHO TREXATUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	MEIHO TREXATUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	MEIHO TREXATUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
167.	MEIHO TREXATUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
168.	MEIHO TREXATUM	C57.3	PRZYMACICZA
169.	MEIHO TREXATUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	MEIHO TREXATUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	MEIHO TREXATUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	MEIHO TREXATUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	MEIHO TREXATUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	MEIHO TREXATUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	MEIHO TREXATUM	C60.0	NAPLETEK
176.	MEIHO TREXATUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	MEIHO TREXATUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	MEIHO TREXATUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	MEIHO TREXATUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	MEIHO TREXATUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	MEIHO TREXATUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	MEIHO TREXATUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	MEIHO TREXATUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	MEIHO TREXATUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	MEIHO TREXATUM	C63.0	NAJĄDRZE
186.	MEIHO TREXATUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	MEIHO TREXATUM	C63.2	MOSZNA
188.	MEIHO TREXATUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	MEIHO TREXATUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	MEIHO TREXATUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	MEIHO TREXATUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	MEIHO TREXATUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
193.	MEIHO TREXATUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
194.	MEIHO TREXATUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	MEIHO TREXATUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	MEIHO TREXATUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	MEIHO TREXATUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	MEIHO TREXATUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	MEIHO TREXATUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	MEIHO TREXATUM	C67.7	MOCZOWNIK
201.	MEIHO TREXATUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	MEIHO TREXATUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	MEIHO TREXATUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	MEIHO TREXATUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	MEIHO TREXATUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	MEIHO TREXATUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	MEIHO TREXATUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	MEIHO TREXATUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	MEIHO TREXATUM	C71.6	MÓZDŻEK
210.	MEIHO TREXATUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	MEIHO TREXATUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	MEIHO TREXATUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	MEIHO TREXATUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	MEIHO TREXATUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	MEIHO TREXATUM	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	MEIHO TREXATUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	MEIHO TREXATUM	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	MEIHO TREXATUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	MEIHO TREXATUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	MEIHO TREXATUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	MEIHO TREXATUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	MEIHO TREXATUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
223.	MEIHO TREXATUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
224.	MEIHO TREXATUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
225.	MEIHO TREXATUM	C76.2	BRZUCH
226.	MEIHO TREXATUM	C76.3	MIEDNICA
227.	MEIHO TREXATUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
228.	MEIHO TREXATUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
229.	MEIHO TREXATUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
230.	MEIHO TREXATUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
231.	MEIHO TREXATUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
232.	MEIHO TREXATUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
233.	MEIHO TREXATUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
234.	MEIHO TREXATUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
235.	MEIHO TREXATUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
236.	MEIHO TREXATUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
237.	MEIHO TREXATUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
238.	MEIHO TREXATUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
239.	MEIHO TREXATUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
240.	MEIHO TREXATUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
241.	MEIHO TREXATUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
242.	MEIHO TREXATUM	C81	CHOROBA HODGKINA
243.	MEIHO TREXATUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
244.	MEIHO TREXATUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
245.	MEIHO TREXATUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
246.	MEIHO TREXATUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
247.	MEIHO TREXATUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
248.	MEIHO TREXATUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
249.	MEIHO TREXATUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
250.	MEIHO TREXATUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
251.	MEIHO TREXATUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
252.	MEIHO TREXATUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
253.	MEIHO TREXATUM	C82.7	INNE POST ACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
254.	MEIHO TREXATUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
255.	MEIHO TREXATUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
256.	MEIHO TREXATUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
257.	MEIHO TREXATUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
258.	MEIHO TREXATUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
259.	MEIHO TREXATUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
260.	MEIHO TREXATUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
261.	MEIHO TREXATUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
262.	MEIHO TREXATUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
263.	MEIHO TREXATUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
264.	MEIHO TREXATUM	C83.8	INNE POST ACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
265.	MEIHO TREXATUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
266.	MEIHO TREXATUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
267.	MEIHO TREXATUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
268.	MEIHO TREXATUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
269.	MEIHO TREXATUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
270.	MEIHO TREXATUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
271.	MEIHO TREXATUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
272.	MEIHO TREXATUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
273.	MEIHO TREXATUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
274.	MEIHO TREXATUM	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
275.	MEIHO TREXATUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
276.	MEIHO TREXATUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
277.	MEIHO TREXATUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
278.	MEIHO TREXATUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
279.	MEIHO TREXATUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
280.	MEIHO TREXATUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
281.	MEIHO TREXATUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
282.	MEIHO TREXATUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
283.	MEIHO TREXATUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
284.	MEIHO TREXATUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
285.	MEIHO TREXATUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNO-KOMÓRKOWA
286.	MEIHO TREXATUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
287.	MEIHO TREXATUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
288.	MEIHO TREXATUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
289.	MEIHO TREXATUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
290.	MEIHO TREXATUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
291.	MEIHO TREXATUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
292.	MEIHO TREXATUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
293.	MEIHO TREXATUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
294.	MEIHO TREXATUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
295.	MEIHO TREXATUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
296.	MEIHO TREXATUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
297.	MEIHO TREXATUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
298.	MEIHO TREXATUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
299.	MEIHO TREXATUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
300.	MEIHO TREXATUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
301.	MEIHO TREXATUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
302.	MEIHO TREXATUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
303.	MEIHO TREXATUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
304.	MEIHO TREXATUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
305.	MEIHO TREXATUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
306.	MEIHO TREXATUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
307.	MEIHO TREXATUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
308.	MEIHO TREXATUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
309.	MEIHO TREXATUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
310.	MEIHO TREXATUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
311.	MEIHO TREXATUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
312.	MEIHO TREXATUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
313.	MEIHO TREXATUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
314.	MEIHO TREXATUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
315.	MEIHO TREXATUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
316.	MEIHO TREXATUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
317.	MEIHO TREXATUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
318.	MEIHO TREXATUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
319.	MEIHO TREXATUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
320.	MEIHO TREXATUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
321.	MEIHO TREXATUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
322.	MEIHO TREXATUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
323.	MEIHO TREXATUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
324.	MEIHO TREXATUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
325.	MEIHO TREXATUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
326.	MEIHO TREXATUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
327.	MEIHO TREXATUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
328.	MEIHO TREXATUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
329.	MEIHO TREXATUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
330.	MEIHO TREXATUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
331.	MEIHO TREXATUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
332.	MEIHO TREXATUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
333.	MEIHO TREXATUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
334.	MEIHO TREXATUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
335.	MEIHO TREXATUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
336.	MEIHO TREXATUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
337.	MEIHO TREXATUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
338.	MEIHO TREXATUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
339.	MEIHO TREXATUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
340.	MEIHO TREXATUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
341.	MEIHO TREXATUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
342.	MEIHO TREXATUM	D38.4	GRASICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	MEIHO TREXATUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
344.	MEIHO TREXATUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
345.	MEIHO TREXATUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
346.	MEIHO TREXATUM	D39.0	MACICA
347.	MEIHO TREXATUM	D39.1	JAJNIK
348.	MEIHO TREXATUM	D39.2	CIAŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA
349.	MEIHO TREXATUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
350.	MEIHO TREXATUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
351.	MEIHO TREXATUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
352.	MEIHO TREXATUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
353.	MEIHO TREXATUM	D40.1	JĄDRO
354.	MEIHO TREXATUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
355.	MEIHO TREXATUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
356.	MEIHO TREXATUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
357.	MEIHO TREXATUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
358.	MEIHO TREXATUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
359.	MEIHO TREXATUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
360.	MEIHO TREXATUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
361.	MEIHO TREXATUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
362.	MEIHO TREXATUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
363.	MEIHO TREXATUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
364.	MEIHO TREXATUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
365.	MEIHO TREXATUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
366.	MEIHO TREXATUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
367.	MEIHO TREXATUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368.	MEIHO TREXATUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
369.	MEIHO TREXATUM	D44.5	SZYSZYŃKA
370.	MEIHO TREXATUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
371.	MEIHO TREXATUM	D46	ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE
372.	MEIHO TREXATUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
373.	MEIHO TREXATUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
374.	MEIHO TREXATUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
375.	MEIHO TREXATUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
376.	MEIHO TREXATUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
377.	MEIHO TREXATUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE
378.	MEIHO TREXATUM	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
379.	MEIHO TREXATUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	MEIHO TREXATUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
381.	MEIHO TREXATUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
382.	MEIHO TREXATUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
383.	MEIHO TREXATUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
384.	MEIHO TREXATUM	D48.4	OTRZEWNA
385.	MEIHO TREXATUM	D48.5	SKÓRA
386.	MEIHO TREXATUM	D48.6	SUTĘK
387.	MEIHO TREXATUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
388.	MEIHO TREXATUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
389.	MEIHO TREXATUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
390.	MEIHO TREXATUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
391.	MEIHO TREXATUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
392.	MEIHO TREXATUM	O01	ZAŚNIAD GRONIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	MEIHO TREXATUM	O01.0	KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY
394.	MEIHO TREXATUM	O01.1	NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY
395.	MEIHO TREXATUM	O01.9	ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY
396.	MEIHO TREXATUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
397.	MEIHO TREXATUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
398.	MEIHO TREXATUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
399.	MEIHO TREXATUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
400.	MEIHO TREXATUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
401.	MEIHO TREXATUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
402.	MEIHO TREXATUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
403.	MEIHO TREXATUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.43.

MITOTANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MITO TANUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	MITO TANUM	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	MITO TANUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	MITO TANUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	MITO TANUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	MITO TANUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	MITO TANUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	MITO TANUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	MITO TANUM	C75.3	SZYSZYŃKA
10.	MITO TANUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	MITO TANUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
12.	MITO TANUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	MITO TANUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.45.a.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTREOTIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	OCTREOTIDUM	C16.0	WPUST
3.	OCTREOTIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	OCTREOTIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	OCTREOTIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	OCTREOTIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	OCTREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	OCTREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	OCTREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	OCTREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	OCTREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	OCTREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
13.	OCTREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
14.	OCTREOTIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	OCTREOTIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	OCTREOTIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	OCTREOTIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	OCTREOTIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	OCTREOTIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	OCTREOTIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
21.	OCTREOTIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	OCTREOTIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	OCTREOTIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	OCTREOTIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	OCTREOTIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	OCTREOTIDUM	C18.7	ESICA
27.	OCTREOTIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	OCTREOTIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	OCTREOTIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	OCTREOTIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	OCTREOTIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	OCTREOTIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	OCTREOTIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	OCTREOTIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	OCTREOTIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	OCTREOTIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	OCTREOTIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
38.	OCTREOTIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	OCTREOTIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	OCTREOTIDUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
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	SZYSZYŃKA
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 OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszyńki i progerii</i>
66.	OCTREOTIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTREOTIDUM	D44.3	PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO) w przypadku guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma

Załącznik C.46.

OXALIPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	O XALIPLATINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	O XALIPLATINUM	C16.0	WPUST
3.	O XALIPLATINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	O XALIPLATINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	O XALIPLATINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	O XALIPLATINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	O XALIPLATINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	O XALIPLATINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	O XALIPLATINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	O XALIPLATINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	O XALIPLATINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	O XALIPLATINUM	C17.0	DWUNASTNICA
13.	O XALIPLATINUM	C17.1	JELITO CZCZE
14.	O XALIPLATINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	O XALIPLATINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	O XALIPLATINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	O XALIPLATINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	O XALIPLATINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	O XALIPLATINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	O XALIPLATINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	O XALIPLATINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	O XALIPLATINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	O XALIPLATINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	O XALIPLATINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	O XALIPLATINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	O XALIPLATINUM	C18.7	ESICA
27.	O XALIPLATINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	O XALIPLATINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	O XALIPLATINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	O XALIPLATINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	O XALIPLATINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	O XALIPLATINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	O XALIPLATINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	O XALIPLATINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	O XALIPLATINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	O XALIPLATINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	O XALIPLATINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	O XALIPLATINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	O XALIPLATINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	O XALIPLATINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	O XALIPLATINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	O XALIPLATINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	O XALIPLATINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	O XALIPLATINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	O XALIPLATINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	O XALIPLATINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	O XALIPLATINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	O XALIPLATINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.46.b.

OXALIPLATIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OXALIPLATIN	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZELYKU
2.	OXALIPLATIN	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
3.	OXALIPLATIN	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
4.	OXALIPLATIN	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
5.	OXALIPLATIN	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
6.	OXALIPLATIN	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
7.	OXALIPLATIN	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
8.	OXALIPLATIN	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
9.	OXALIPLATIN	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
10.	OXALIPLATIN	C81	CHOROBA HODGKINA
11.	OXALIPLATIN	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
12.	OXALIPLATIN	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
13.	OXALIPLATIN	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
14.	OXALIPLATIN	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
15.	OXALIPLATIN	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
16.	OXALIPLATIN	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
17.	OXALIPLATIN	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
18.	OXALIPLATIN	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
19.	OXALIPLATIN	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
20.	OXALIPLATIN	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	Oxaliplatin	C82.7	inne postacie chłoniaka nieziarniczego guzkowego
22.	Oxaliplatin	C82.9	chłoniak nieziarniczy, nieokreślony
23.	Oxaliplatin	C83	chłoniaki nieziarnicze rozlane
24.	Oxaliplatin	C83.0	z małych komórek (rozlany)
25.	Oxaliplatin	C83.1	z małych wpuklonych (szczelinowatych = cleaved) komórek (rozlany)
26.	Oxaliplatin	C83.2	mieszany z dużych i małych komórek (rozlany)
27.	Oxaliplatin	C83.3	wielkomórkowy (rozlany)
28.	Oxaliplatin	C83.4	immunoblastyczny (rozlany)
29.	Oxaliplatin	C83.5	limfoblastyczny (rozlany)
30.	Oxaliplatin	C83.6	niezróżnicowany (rozlany)
31.	Oxaliplatin	C83.7	guz (chłoniak) Burkitta
32.	Oxaliplatin	C83.9	rozlany chłoniak nieziarniczy, nieokreślony
33.	Oxaliplatin	C84	obwodowy i skórny chłoniak z komórek T
34.	Oxaliplatin	C84.0	ziarniniak grzybiasty
35.	Oxaliplatin	C84.1	choroba Sezary'ego
36.	Oxaliplatin	C84.2	chłoniak strefy T
37.	Oxaliplatin	C84.3	chłoniak limfoepitelioidalny
38.	Oxaliplatin	C84.4	obwodowy chłoniak z komórek T
39.	Oxaliplatin	C84.5	inne i nieokreślone chłoniaki T
40.	Oxaliplatin	C85	inne i nieokreślone postacie chłoniaków nieziarniczych
41.	Oxaliplatin	C85.0	mięsak limfatyczny
42.	Oxaliplatin	C85.1	chłoniak z komórek B, nieokreślony
43.	Oxaliplatin	C85.7	inne określone postacie chłoniaka nieziarniczego

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	OXALIPLATIN	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
45.	OXALIPLATIN	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
46.	OXALIPLATIN	C88.4	CHŁONIAK TYPU MALT

Załącznik C.47.

PACLITAXEL

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PACLITAXEL	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	PACLITAXEL	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
3.	PACLITAXEL	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
4.	PACLITAXEL	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
5.	PACLITAXEL	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
6.	PACLITAXEL	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
7.	PACLITAXEL	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
8.	PACLITAXEL	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
9.	PACLITAXEL	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
10.	PACLITAXEL	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
11.	PACLITAXEL	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
12.	PACLITAXEL	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
13.	PACLITAXEL	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
14.	PACLITAXEL	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
15.	PACLITAXEL	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
16.	PACLITAXEL	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
17.	PACLITAXEL	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
18.	PACLITAXEL	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
19.	PACLITAXEL	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	PACLITAXEL	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
21.	PACLITAXEL	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
22.	PACLITAXEL	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
23.	PACLITAXEL	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
24.	PACLITAXEL	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
25.	PACLITAXEL	C46	MIĘSAK KAPOS'EGO
26.	PACLITAXEL	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
27.	PACLITAXEL	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
28.	PACLITAXEL	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
29.	PACLITAXEL	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
30.	PACLITAXEL	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
31.	PACLITAXEL	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
32.	PACLITAXEL	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
33.	PACLITAXEL	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
34.	PACLITAXEL	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
35.	PACLITAXEL	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
36.	PACLITAXEL	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH
37.	PACLITAXEL	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
38.	PACLITAXEL	D39.2	CIAŻOWA 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) BURKITA
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 SUBSTANCJICZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PEMETREKSED	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:</i> 1) <i>gruczołakoraka płuca lub</i> 2) <i>wielkomórkowego raka płuca, lub</i> 3) <i>niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych</i>
2.	PEMETREKSED	C45	MIĘDZYBŁONIAK

Załącznik C.51.

RITUXIMABUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RITUXIMABUM	C81.0	CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
2.	RITUXIMABUM	C82.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
3.	RITUXIMABUM	C82.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK
4.	RITUXIMABUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO)
5.	RITUXIMABUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY
6.	RITUXIMABUM	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK
7.	RITUXIMABUM	C83.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
8.	RITUXIMABUM	C83.2	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK
9.	RITUXIMABUM	C83.3	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY
10.	RITUXIMABUM	C83.4	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY
11.	RITUXIMABUM	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY
12.	RITUXIMABUM	C83.6	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY
13.	RITUXIMABUM	C83.7	GUZ BURKITT A
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 WALDENST RÖMA
21.	RITUXIMABUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

22.	RITUXIMABUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
23.	RITUXIMABUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
24.	RITUXIMABUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
25.	RITUXIMABUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
26.	RITUXIMABUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
27.	RITUXIMABUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
28.	RITUXIMABUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
29.	RITUXIMABUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
30.	RITUXIMABUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	RITUXIMABUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.52.

TAMOXIFENUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TAMO XIFENUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	TAMO XIFENUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	TAMO XIFENUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	TAMO XIFENUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	TAMO XIFENUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	TAMO XIFENUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	TAMO XIFENUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	TAMO XIFENUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	TAMO XIFENUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	TAMO XIFENUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	TAMO XIFENUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	TAMO XIFENUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	TAMO XIFENUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	TAMO XIFENUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	TAMO XIFENUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	TAMO XIFENUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	TAMO XIFENUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	TAMO XIFENUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	TAMO XIFENUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	TAMO XIFENUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	TAMO XIFENUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	TAMO XIFENUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	TAMO XIFENUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	TAMO XIFENUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	TAMO XIFENUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	TAMO XIFENUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	TAMO XIFENUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	TAMO XIFENUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	TAMO XIFENUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	TAMO XIFENUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	TAMO XIFENUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	TAMO XIFENUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	TAMO XIFENUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	TAMO XIFENUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	TAMO XIFENUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	TAMO XIFENUM	C54.3	DNO MACICY
37.	TAMO XIFENUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	TAMO XIFENUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	TAMO XIFENUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	TAMO XIFENUM	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	TAMO XIFENUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	TAMO XIFENUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	TAMO XIFENUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	TAMO XIFENUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	TAMO XIFENUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	TAMO XIFENUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	TAMO XIFENUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	TAMO XIFENUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	TAMO XIFENUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	TAMO XIFENUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	TAMO XIFENUM	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	TAMO XIFENUM	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	TAMO XIFENUM	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	TAMO XIFENUM	Q85.9	FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.56.

TIORGUANINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TIORGUANINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	TIORGUANINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	TIORGUANINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	TIORGUANINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	TIORGUANINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	TIORGUANINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	TIORGUANINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	TIORGUANINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
9.	TIORGUANINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE)
10.	TIORGUANINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
11.	TIORGUANINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANE)
12.	TIORGUANINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANE)
13.	TIORGUANINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANE)
14.	TIORGUANINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANE)
15.	TIORGUANINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	TIORGUANINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	TIORGUANINUM	C83.9	ROZLANE CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	TIORGUANINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	THIO GUANINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	THIO GUANINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	THIO GUANINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	THIO GUANINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	THIO GUANINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	THIO GUANINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	THIO GUANINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	THIO GUANINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	THIO GUANINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	THIO GUANINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	THIO GUANINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	THIO GUANINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	THIO GUANINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
32.	THIO GUANINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	THIO GUANINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	THIO GUANINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	THIO GUANINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	THIO GUANINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	THIO GUANINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	THIO GUANINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	THIO GUANINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	THIO GUANINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	THIO GUANINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	THIO GUANINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	TIO GUANINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚŁYCH Z KOMÓREK T
44.	TIO GUANINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	TIO GUANINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	TIO GUANINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	TIO GUANINUM	C92.0	OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	TIO GUANINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	TIO GUANINUM	C92.2	PODOST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	TIO GUANINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	TIO GUANINUM	C92.4	OST RA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	TIO GUANINUM	C92.5	OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	TIO GUANINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	TIO GUANINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	TIO GUANINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	TIO GUANINUM	C93.0	OST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	TIO GUANINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	TIO GUANINUM	C93.2	PODOST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	TIO GUANINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	TIO GUANINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	TIO GUANINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	TIO GUANINUM	C94.0	OST RA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLAST YCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	TIO GUANINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	TIO GUANINUM	C94.2	OST RA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	TIO GUANINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK T UCZNYCH
66.	TIO GUANINUM	C94.4	OST RA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	TIO GUANINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	TIO GUANINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	TIO GUANINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	TIO GUANINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	TIO GUANINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	TIO GUANINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	TIO GUANINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	TIO GUANINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	TIO GUANINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	TIO GUANINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	TIO GUANINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	TIO GUANINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	TIO GUANINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	TIO GUANINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	TIO GUANINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	TIO GUANINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW

Załącznik C.57.2.

TOPOTECANUM inj.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
9.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.0	SERCE
10.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
11.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
12.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
13.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.4	OPŁUCNA
14.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
15.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
16.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
17.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
18.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
19.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
21.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
22.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
23.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
24.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
25.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
26.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
27.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
28.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
29.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
30.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
31.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
32.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
33.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
34.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
35.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
36.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
37.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
38.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
39.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
40.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
41.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.61.

VINCRI~~STINUM~~

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	VINCRI STINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINCRI STINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINCRI STINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINCRI STINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINCRI STINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINCRI STINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINCRI STINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINCRI STINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINCRI STINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINCRI STINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINCRI STINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINCRI STINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINCRI STINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINCRI STINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINCRI STINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINCRI STINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINCRI STINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINCRI STINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINCRI STINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	VINCRI STINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINCRI STINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINCRI STINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	VINCRI STINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINCRI STINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINCRI STINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINCRI STINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINCRI STINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINCRI STINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINCRI STINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINCRI STINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINCRI STINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINCRI STINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINCRI STINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINCRI STINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINCRI STINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINCRI STINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINCRI STINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINCRI STINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINCRI STINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINCRI STINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINCRI STINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINCRI STINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	VINCRI STINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	VINCRI STINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	VINCRI STINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	VINCRI STINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	VINCRI STINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	VINCRI STINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	VINCRI STINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	VINCRI STINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	VINCRI STINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	VINCRI STINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	VINCRI STINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	VINCRI STINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	VINCRI STINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	VINCRI STINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	VINCRI STINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	VINCRI STINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	VINCRI STINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	VINCRI STINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	VINCRI STINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	VINCRI STINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	VINCRI STINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	VINCRI STINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	VINCRI STINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	VINCRI STINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	VINCRI STINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINCRI STINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINCRI STINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINCRI STINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINCRI STINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	VINCRI STINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	VINCRI STINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINCRI STINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINCRI STINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	VINCRI STINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINCRI STINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINCRI STINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINCRI STINUM	C16.0	WPUST
80.	VINCRI STINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINCRI STINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINCRI STINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINCRI STINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINCRI STINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINCRI STINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINCRI STINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINCRI STINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINCRI STINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINCRI STINUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90.	VINCRI STI N U M	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINCRI STI N U M	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINCRI STI N U M	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINCRI STI N U M	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELIT A CIENKIEGO
94.	VINCRI STI N U M	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINCRI STI N U M	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELIT A GRUBEGO
96.	VINCRI STI N U M	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINCRI STI N U M	C18.1	WYROST EK ROBACZKOWY
98.	VINCRI STI N U M	C18.2	OKRĘŻNICA WST ĘPUJĄCA
99.	VINCRI STI N U M	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINCRI STI N U M	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINCRI STI N U M	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINCRI STI N U M	C18.6	OKRĘŻNICA ZST ĘPUJĄCA
103.	VINCRI STI N U M	C18.7	ESICA
104.	VINCRI STI N U M	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	VINCRI STI N U M	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	VINCRI STI N U M	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	VINCRI STI N U M	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	VINCRI STI N U M	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	VINCRI STI N U M	C21.0	ODBYT , NIEOKREŚLONY
110.	VINCRI STI N U M	C21.1	KANAŁ ODBYT U
111.	VINCRI STI N U M	C21.2	ST REFA KLOAKOGENNA
112.	VINCRI STI N U M	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	VINCRI STI N U M	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114.	VINCRI STINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	VINCRI STINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	VINCRI STINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	VINCRI STINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	VINCRI STINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	VINCRI STINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	VINCRI STINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	VINCRI STINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
122.	VINCRI STINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
123.	VINCRI STINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE
124.	VINCRI STINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	VINCRI STINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH
126.	VINCRI STINUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	VINCRI STINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	VINCRI STINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	VINCRI STINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	VINCRI STINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	VINCRI STINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	VINCRI STINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINCRI STINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINCRI STINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINCRI STINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINCRI STINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137.	VINCRI STI NUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	VINCRI STI NUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	VINCRI STI NUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	VINCRI STI NUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	VINCRI STI NUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	VINCRI STI NUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	VINCRI STI NUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	VINCRI STI NUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	VINCRI STI NUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	VINCRI STI NUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	VINCRI STI NUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	VINCRI STI NUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	VINCRI STI NUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	VINCRI STI NUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	VINCRI STI NUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	VINCRI STI NUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	VINCRI STI NUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	VINCRI STI NUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	VINCRI STI NUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	VINCRI STI NUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	VINCRI STI NUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINCRI STI NUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINCRI STI NUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINCRI STI NUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161.	VINCRI ST INUM	C38.0	SERCE
162.	VINCRI ST INUM	C38.1	SRÓDP IERSIE PRZEDNIE
163.	VINCRI ST INUM	C38.2	SRÓDP IERSIE TYLNE
164.	VINCRI ST INUM	C38.3	SRÓDP IERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	VINCRI ST INUM	C38.4	OPŁUCNA
166.	VINCRI ST INUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDP IERSIA I OPŁUCNEJ
167.	VINCRI ST INUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINCRI ST INUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINCRI ST INUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	VINCRI ST INUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	VINCRI ST INUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	VINCRI ST INUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYN Y GÓRNEJ
173.	VINCRI ST INUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYN Y GÓRNEJ
174.	VINCRI ST INUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYN Y DOLNEJ
175.	VINCRI ST INUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYN Y DOLNEJ
176.	VINCRI ST INUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	VINCRI ST INUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	VINCRI ST INUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	VINCRI ST INUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	VINCRI ST INUM	C41.1	ŻUCHWA
181.	VINCRI ST INUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	VINCRI ST INUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183.	VINCRI STI N U M	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	VINCRI STI N U M	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	VINCRI STI N U M	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	VINCRI STI N U M	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	VINCRI STI N U M	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	VINCRI STI N U M	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	VINCRI STI N U M	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	VINCRI STI N U M	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	VINCRI STI N U M	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	VINCRI STI N U M	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	VINCRI STI N U M	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	VINCRI STI N U M	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	VINCRI STI N U M	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	VINCRI STI N U M	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	VINCRI STI N U M	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	VINCRI STI N U M	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	VINCRI STI N U M	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	VINCRI STI N U M	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	VINCRI STI N U M	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	VINCRI STI N U M	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	VINCRI STI N U M	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
204.	VINCRI STI N U M	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
205.	VINCRI STI N U M	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	VINCRI STI N U M	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207.	VINCRI STINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	VINCRI STINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	VINCRI STINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	VINCRI STINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
211.	VINCRI STINUM	C47	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	VINCRI STINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	VINCRI STINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	VINCRI STINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	VINCRI STINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	VINCRI STINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	VINCRI STINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	VINCRI STINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	VINCRI STINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	VINCRI STINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	VINCRI STINUM	C48.	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	VINCRI STINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	VINCRI STINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	VINCRI STINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	VINCRI STINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	VINCRI STINUM	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	VINCRI STINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	VINCRI STINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229.	VINCRI STI NUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	VINCRI STI NUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	VINCRI STI NUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	VINCRI STI NUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	VINCRI STI NUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	VINCRI STI NUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	VINCRI STI NUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	VINCRI STI NUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
237.	VINCRI STI NUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
238.	VINCRI STI NUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
239.	VINCRI STI NUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
240.	VINCRI STI NUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241.	VINCRI STI NUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
242.	VINCRI STI NUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243.	VINCRI STI NUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
244.	VINCRI STI NUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
245.	VINCRI STI NUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	VINCRI STI NUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	VINCRI STI NUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	VINCRI STI NUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	VINCRI STI NUM	C51.2	ŁECHTACZKA
250.	VINCRI STI NUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	VINCRI STI NUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	VINCRI STI NUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253.	VINCRI STINUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	VINCRI STINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	VINCRI STINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	VINCRI STINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	VINCRI STINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	VINCRI STINUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	VINCRI STINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	VINCRI STINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	VINCRI STINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	VINCRI STINUM	C54.3	DNO MACICY
263.	VINCRI STINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	VINCRI STINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	VINCRI STINUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	VINCRI STINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	VINCRI STINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	VINCRI STINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	VINCRI STINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
270.	VINCRI STINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
271.	VINCRI STINUM	C57.3	PRZYMACICZA
272.	VINCRI STINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	VINCRI STINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	VINCRI STINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	VINCRI STINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	VINCRI STINUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277.	VINCRI STI NUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	VINCRI STI NUM	C60.0	NAPLETEK
279.	VINCRI STI NUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	VINCRI STI NUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	VINCRI STI NUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	VINCRI STI NUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	VINCRI STI NUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	VINCRI STI NUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	VINCRI STI NUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	VINCRI STI NUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	VINCRI STI NUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	VINCRI STI NUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	VINCRI STI NUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	VINCRI STI NUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	VINCRI STI NUM	C63.2	MOSZNA
292.	VINCRI STI NUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	VINCRI STI NUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	VINCRI STI NUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	VINCRI STI NUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	VINCRI STI NUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	VINCRI STI NUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	VINCRI STI NUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	VINCRI STI NUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	VINCRI STI NUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301.	VINCRI STI NUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	VINCRI STI NUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	VINCRI STI NUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	VINCRI STI NUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	VINCRI STI NUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	VINCRI STI NUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	VINCRI STI NUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	VINCRI STI NUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	VINCRI STI NUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	VINCRI STI NUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	VINCRI STI NUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	VINCRI STI NUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	VINCRI STI NUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	VINCRI STI NUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	VINCRI STI NUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	VINCRI STI NUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	VINCRI STI NUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	VINCRI STI NUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	VINCRI STI NUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	VINCRI STI NUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	VINCRI STI NUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	VINCRI STI NUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	VINCRI STI NUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	VINCRI STI NUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325.	VINCRI STI N U M	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	VINCRI STI N U M	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	VINCRI STI N U M	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	VINCRI STI N U M	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	VINCRI STI N U M	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	VINCRI STI N U M	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	VINCRI STI N U M	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	VINCRI STI N U M	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	VINCRI STI N U M	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	VINCRI STI N U M	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	VINCRI STI N U M	C71.6	MÓZDŻEK
336.	VINCRI STI N U M	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	VINCRI STI N U M	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	VINCRI STI N U M	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	VINCRI STI N U M	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	VINCRI STI N U M	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	VINCRI STI N U M	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	VINCRI STI N U M	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	VINCRI STI N U M	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	VINCRI STI N U M	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	VINCRI STI N U M	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	VINCRI STI N U M	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	VINCRI STI N U M	C72.9	CENTRALNY SYSTEMNERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348.	VINCRI STINUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	VINCRI STINUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	VINCRI STINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	VINCRI STINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	VINCRI STINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	VINCRI STINUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	VINCRI STINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYT ARCZOWY
355.	VINCRI STINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	VINCRI STINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	VINCRI STINUM	C75.3	SZYSZYNKĄ
358.	VINCRI STINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	VINCRI STINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	VINCRI STINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	VINCRI STINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	VINCRI STINUM	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	VINCRI STINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	VINCRI STINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
365.	VINCRI STINUM	C76.2	BRZUCH
366.	VINCRI STINUM	C76.3	MIEDNICA
367.	VINCRI STINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	VINCRI STINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	VINCRI STINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	VINCRI STINUM	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.	VINCRI STINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	VINCRI STINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	VINCRI STINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	VINCRI STINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	VINCRI STINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	VINCRI STINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	VINCRI STINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	VINCRI STINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	VINCRI STINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	VINCRI STINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
381.	VINCRI STINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	VINCRI STINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	VINCRI STINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	VINCRI STINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	VINCRI STINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	VINCRI STINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	VINCRI STINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	VINCRI STINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	VINCRI STINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	VINCRI STINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	VINCRI STINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	VINCRI STINUM	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.	VINCRI STI N U M	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	VINCRI STI N U M	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	VINCRI STI N U M	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	VINCRI STI N U M	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	VINCRI STI N U M	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	VINCRI STI N U M	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	VINCRI STI N U M	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	VINCRI STI N U M	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	VINCRI STI N U M	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	VINCRI STI N U M	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	VINCRI STI N U M	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	VINCRI STI N U M	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	VINCRI STI N U M	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	VINCRI STI N U M	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	VINCRI STI N U M	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	VINCRI STI N U M	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	VINCRI STI N U M	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	VINCRI STI N U M	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	VINCRI STI N U M	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	VINCRI STI N U M	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	VINCRI STI N U M	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	VINCRI STI N U M	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	VINCRI STI N U M	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416.	VINCRI STI NUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	VINCRI STI NUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	VINCRI STI NUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	VINCRI STI NUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	VINCRI STI NUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	VINCRI STI NUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	VINCRI STI NUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT
423.	VINCRI STI NUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANEYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	VINCRI STI NUM	C83.9	ROZLANEY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	VINCRI STI NUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	VINCRI STI NUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	VINCRI STI NUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	VINCRI STI NUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	VINCRI STI NUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	VINCRI STI NUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	VINCRI STI NUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	VINCRI STI NUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	VINCRI STI NUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
434.	VINCRI STI NUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	VINCRI STI NUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	VINCRI STI NUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	VINCRI STI NUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	VINCRI STI NUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
439.	VINCRI STI NUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440.	VINCRI STI NUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	VINCRI STI NUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	VINCRI STI NUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	VINCRI STI NUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	VINCRI STI NUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	VINCRI STI NUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	VINCRI STI NUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	VINCRI STI NUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	VINCRI STI NUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	VINCRI STI NUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
450.	VINCRI STI NUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	VINCRI STI NUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	VINCRI STI NUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	VINCRI STI NUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	VINCRI STI NUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
455.	VINCRI STI NUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	VINCRI STI NUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	VINCRI STI NUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	VINCRI STI NUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	VINCRI STI NUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	VINCRI STI NUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	VINCRI STI NUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	VINCRI STI NUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	VINCRI STI NUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464.	VINCRI STINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	VINCRI STINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	VINCRI STINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	VINCRI STINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	VINCRI STINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	VINCRI STINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	VINCRI STINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	VINCRI STINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	VINCRI STINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	VINCRI STINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	VINCRI STINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	VINCRI STINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	VINCRI STINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	VINCRI STINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	VINCRI STINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	VINCRI STINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	VINCRI STINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	VINCRI STINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	VINCRI STINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	VINCRI STINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	VINCRI STINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	VINCRI STINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	VINCRI STINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487.	VINCRI STI NUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	VINCRI STI NUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	VINCRI STI NUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	VINCRI STI NUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	VINCRI STI NUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	VINCRI STI NUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	VINCRI STI NUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	VINCRI STI NUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	VINCRI STI NUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	VINCRI STI NUM	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	VINCRI STI NUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	VINCRI STI NUM	D01.2	ODBYTNICA
499.	VINCRI STI NUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	VINCRI STI NUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	VINCRI STI NUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
502.	VINCRI STI NUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	VINCRI STI NUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	VINCRI STI NUM	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	VINCRI STI NUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	VINCRI STI NUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	VINCRI STI NUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	VINCRI STI NUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	VINCRI STI NUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510.	VINCRI STINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	VINCRI STINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	VINCRI STINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	VINCRI STINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	VINCRI STINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	VINCRI STINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	VINCRI STINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	VINCRI STINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	VINCRI STINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	VINCRI STINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	VINCRI STINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	VINCRI STINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	VINCRI STINUM	D07.1	SROM
523.	VINCRI STINUM	D07.2	POCHWA
524.	VINCRI STINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	VINCRI STINUM	D07.4	PRĄCIE
526.	VINCRI STINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	VINCRI STINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	VINCRI STINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	VINCRI STINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
530.	VINCRI STINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	VINCRI STINUM	D09.2	OKO
532.	VINCRI STINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	VINCRI STINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534.	VINCRI STI NUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	VINCRI STI NUM	D10	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	VINCRI STI NUM	D10.0	WARGA
537.	VINCRI STI NUM	D10.1	JĘZYK
538.	VINCRI STI NUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	VINCRI STI NUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	VINCRI STI NUM	D10.4	MIGDAŁEK
541.	VINCRI STI NUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	VINCRI STI NUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	VINCRI STI NUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	VINCRI STI NUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	VINCRI STI NUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	VINCRI STI NUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	VINCRI STI NUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	VINCRI STI NUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	VINCRI STI NUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	VINCRI STI NUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	VINCRI STI NUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	VINCRI STI NUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	VINCRI STI NUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	VINCRI STI NUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	VINCRI STI NUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	VINCRI STI NUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	VINCRI STI NUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
558.	VINCRI STINUM	D12.8	ODBYTNICA
559.	VINCRI STINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	VINCRI STINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	VINCRI STINUM	D13.0	PRZEŁYK
562.	VINCRI STINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	VINCRI STINUM	D13.2	DWUNASTNICA
564.	VINCRI STINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	VINCRI STINUM	D13.4	WĄTROBA
566.	VINCRI STINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
567.	VINCRI STINUM	D13.6	TRZUSTKA
568.	VINCRI STINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	VINCRI STINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	VINCRI STINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	VINCRI STINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	VINCRI STINUM	D14.1	KRTAŃ
573.	VINCRI STINUM	D14.2	TCHAWICA
574.	VINCRI STINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	VINCRI STINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	VINCRI STINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
577.	VINCRI STINUM	D15.0	GRASICA
578.	VINCRI STINUM	D15.1	SERCE
579.	VINCRI STINUM	D15.2	SRÓDPERSIE
580.	VINCRI STINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581.	VINCRI STI NUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKIPIERSIOWEJ
582.	VINCRI STI NUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	VINCRI STI NUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	VINCRI STI NUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	VINCRI STI NUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	VINCRI STI NUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	VINCRI STI NUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	VINCRI STI NUM	D16.5	ŻUCHWA
589.	VINCRI STI NUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	VINCRI STI NUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	VINCRI STI NUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	VINCRI STI NUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	VINCRI STI NUM	D18	NACZYNI AKI KRWIONOŚNE I NACZYNI AKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	VINCRI STI NUM	D18.0	NACZYNI AK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	VINCRI STI NUM	D18.1	NACZYNI AK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	VINCRI STI NUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	VINCRI STI NUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	VINCRI STI NUM	D20.1	OTRZEWNA
599.	VINCRI STI NUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	VINCRI STI NUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	VINCRI STI NUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	VINCRI STI NUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
603.	VINCRI STINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KŁATKI PIERSIOWEJ
604.	VINCRI STINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	VINCRI STINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	VINCRI STINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	VINCRI STINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	VINCRI STINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	VINCRI STINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	VINCRI STINUM	D28.0	SROM
611.	VINCRI STINUM	D28.1	POCHWA
612.	VINCRI STINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	VINCRI STINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	VINCRI STINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	VINCRI STINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	VINCRI STINUM	D29.0	PRĄCIE
617.	VINCRI STINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	VINCRI STINUM	D29.2	JĄDRO
619.	VINCRI STINUM	D29.3	NAJĄDRZE
620.	VINCRI STINUM	D29.4	MOSZNA
621.	VINCRI STINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	VINCRI STINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	VINCRI STINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	VINCRI STINUM	D30.0	NERKA
625.	VINCRI STINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	VINCRI STINUM	D30.2	MOCZOWÓD

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
627.	VINCRI STI NUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
628.	VINCRI STI NUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	VINCRI STI NUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	VINCRI STI NUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	VINCRI STI NUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	VINCRI STI NUM	D31.0	SPOJÓWKA
633.	VINCRI STI NUM	D31.1	ROGÓWKA
634.	VINCRI STI NUM	D31.2	SIATKÓWKA
635.	VINCRI STI NUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	VINCRI STI NUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	VINCRI STI NUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	VINCRI STI NUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	VINCRI STI NUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	VINCRI STI NUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	VINCRI STI NUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	VINCRI STI NUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	VINCRI STI NUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	VINCRI STI NUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	VINCRI STI NUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	VINCRI STI NUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	VINCRI STI NUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	VINCRI STI NUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	VINCRI STI NUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	VINCRI STI NUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
651.	VINCRI STINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEMNERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	VINCRI STINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
653.	VINCRI STINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	VINCRI STINUM	D35.0	NADNERCZA
655.	VINCRI STINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
656.	VINCRI STINUM	D35.2	PRZYSADKA
657.	VINCRI STINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	VINCRI STINUM	D35.4	SZYSZYNKĄ
659.	VINCRI STINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	VINCRI STINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
661.	VINCRI STINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	VINCRI STINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	VINCRI STINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	VINCRI STINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	VINCRI STINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
666.	VINCRI STINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
667.	VINCRI STINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	VINCRI STINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	VINCRI STINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	VINCRI STINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
671.	VINCRI STINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	VINCRI STINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	VINCRI STINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
674.	VINCRI STI N U M	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	VINCRI STI N U M	D37.5	ODBYT NICA
676.	VINCRI STI N U M	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
677.	VINCRI STI N U M	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	VINCRI STI N U M	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	VINCRI STI N U M	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	VINCRI STI N U M	D38.0	KRTAŃ
681.	VINCRI STI N U M	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	VINCRI STI N U M	D38.2	OPŁUCNA
683.	VINCRI STI N U M	D38.3	SRÓDPIERSIE
684.	VINCRI STI N U M	D38.4	GRASICA
685.	VINCRI STI N U M	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	VINCRI STI N U M	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	VINCRI STI N U M	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	VINCRI STI N U M	D39.0	MACICA
689.	VINCRI STI N U M	D39.1	JAJNIK
690.	VINCRI STI N U M	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	VINCRI STI N U M	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	VINCRI STI N U M	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	VINCRI STI N U M	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	VINCRI STI N U M	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	VINCRI STI N U M	D40.1	JĄDRO
696.	VINCRI STI N U M	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
697.	VINCRI STI N U M	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	VINCRI STI N U M	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	VINCRI STI N U M	D41.0	NERKA
700.	VINCRI STI N U M	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	VINCRI STI N U M	D41.2	MOCZOWÓD
702.	VINCRI STI N U M	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	VINCRI STI N U M	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
704.	VINCRI STI N U M	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	VINCRI STI N U M	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	VINCRI STI N U M	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	VINCRI STI N U M	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	VINCRI STI N U M	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	VINCRI STI N U M	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	VINCRI STI N U M	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	VINCRI STI N U M	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
712.	VINCRI STI N U M	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
713.	VINCRI STI N U M	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	VINCRI STI N U M	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	VINCRI STI N U M	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	VINCRI STI N U M	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	VINCRI STI N U M	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	VINCRI STI N U M	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	VINCRI STI N U M	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720.	VINCRI STI N U M	D44.1	NADNERCZA
721.	VINCRI STI N U M	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	VINCRI STI N U M	D44.3	PRZYSADKA
723.	VINCRI STI N U M	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	VINCRI STI N U M	D44.5	SZYSZYNKĄ
725.	VINCRI STI N U M	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	VINCRI STI N U M	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
727.	VINCRI STI N U M	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	VINCRI STI N U M	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	VINCRI STI N U M	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	VINCRI STI N U M	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	VINCRI STI N U M	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
732.	VINCRI STI N U M	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	VINCRI STI N U M	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
734.	VINCRI STI N U M	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	VINCRI STI N U M	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	VINCRI STI N U M	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
737.	VINCRI STI N U M	D48.4	OTRZEWNA
738.	VINCRI STI N U M	D48.5	SKÓRA
739.	VINCRI STI N U M	D48.6	SUTĘK
740.	VINCRI STI N U M	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
741.	VINCRI STI N U M	D48.9	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	VINCRI STI N U M	D69.3	SAMOIST NA PŁAMICA MAŁOPŁYTKOWA
743.	VINCRI STI N U M	D76.0	HIST IOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	VINCRI STI N U M	D76.1	LYMFOHIST IOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	VINCRI STI N U M	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	VINCRI STI N U M	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
747.	VINCRI STI N U M	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	VINCRI STI N U M	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	VINCRI STI N U M	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	VINCRI STI N U M	E85.3	WT ÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	VINCRI STI N U M	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
752.	VINCRI STI N U M	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	VINCRI STI N U M	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.63.

VINORELBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	VINORELBINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINORELBINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINORELBINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINORELBINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINORELBINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINORELBINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINORELBINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINORELBINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINORELBINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINORELBINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINORELBINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINORELBINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINORELBINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINORELBINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINORELBINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINORELBINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINORELBINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINORELBINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINORELBINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	VINORELBINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINORELBINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINORELBINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	VINORELBINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINORELBINUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINORELBINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINORELBINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINORELBINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINORELBINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINORELBINUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINORELBINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINORELBINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINORELBINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINORELBINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINORELBINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINORELBINUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINORELBINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINORELBINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINORELBINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINORELBINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINORELBINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINORELBINUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINORELBINUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	VINORELBINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	VINORELBINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	VINORELBINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	VINORELBINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	VINORELBINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	VINORELBINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	VINORELBINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI 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 SKRZEŁOWA
58.	VINORELBINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	VINORELBINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	VINORELBINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	VINORELBINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	VINORELBINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	VINORELBINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	VINORELBINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	VINORELBINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	VINORELBINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	VINORELBINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINORELBINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINORELBINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINORELBINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINORELBINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	VINORELBINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	VINORELBINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINORELBINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINORELBINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
76.	VINORELBINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINORELBINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINORELBINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINORELBINUM	C16.0	WPUST
80.	VINORELBINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINORELBINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINORELBINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINORELBINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINORELBINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINORELBINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINORELBINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINORELBINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINORELBINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINORELBINUM	C17.0	DWUNASTNICA
90.	VINORELBINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINORELBINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINORELBINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINORELBINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	VINORELBINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINORELBINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	VINORELBINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINORELBINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	VINORELBINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	VINORELBINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINORELBINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINORELBINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINORELBINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI 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 WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINORELBINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINORELBINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINORELBINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINORELBINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONA
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 OPLUCNEJ
161.	VINORELBINUM	C38.0	SERCE
162.	VINORELBINUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	VINORELBINUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
164.	VINORELBINUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	VINORELBINUM	C38.4	OPLUCNA
166.	VINORELBINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167.	VINORELBINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINORELBINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINORELBINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA 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 KOŃCZYN GÓRNEJ
173.	VINORELBINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYN GÓRNEJ
174.	VINORELBINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYN DOLNEJ
175.	VINORELBINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYN 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 KAPOS'I EGO
199.	VINORELBINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
200.	VINORELBINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	VINORELBINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
202.	VINORELBINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	VINORELBINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	VINORELBINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	VINORELBINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
206.	VINORELBINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	VINORELBINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	VINORELBINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209.	VINORELBINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	VINORELBINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	VINORELBINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	VINORELBINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	VINORELBINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	VINORELBINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	VINORELBINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	VINORELBINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	VINORELBINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	VINORELBINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	VINORELBINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	VINORELBINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	VINORELBINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	VINORELBINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	VINORELBINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	VINORELBINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
225.	VINORELBINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	VINORELBINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	VINORELBINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	VINORELBINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	VINORELBINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	VINORELBINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	VINORELBINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	VINORELBINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	VINORELBINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	VINORELBINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	VINORELBINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI 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	SZYSZYNKĄ
346.	VINORELBINUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
347.	VINORELBINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
348.	VINORELBINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
349.	VINORELBINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
350.	VINORELBINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
351.	VINORELBINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
352.	VINORELBINUM	C76.1	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 WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
362.	VINORELBINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
363.	VINORELBINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYN GÓRNEJ I PACHY
364.	VINORELBINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYN DOLNEJ I PACHWY
365.	VINORELBINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
366.	VINORELBINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
367.	VINORELBINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
368.	VINORELBINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
369.	VINORELBINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370.	VINORELBINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
371.	VINORELBINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
372.	VINORELBINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
373.	VINORELBINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
374.	VINORELBINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
375.	VINORELBINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
376.	VINORELBINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
377.	VINORELBINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
378.	VINORELBINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
379.	VINORELBINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
380.	VINORELBINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
381.	VINORELBINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
382.	VINORELBINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
383.	VINORELBINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
384.	VINORELBINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
385.	VINORELBINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
386.	VINORELBINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
387.	VINORELBINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
388.	VINORELBINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
389.	VINORELBINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
390.	VINORELBINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
391.	VINORELBINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
392.	VINORELBINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
393.	VINORELBINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
394.	VINORELBINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
395.	VINORELBINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
396.	VINORELBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			POKREWNYCH
397.	VINORELBINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
398.	VINORELBINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
399.	VINORELBINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
400.	VINORELBINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
401.	VINORELBINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
402.	VINORELBINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
403.	VINORELBINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
404.	VINORELBINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
405.	VINORELBINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
406.	VINORELBINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
407.	VINORELBINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
408.	VINORELBINUM	D01.2	ODBYTNICA
409.	VINORELBINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
410.	VINORELBINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
411.	VINORELBINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK 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 NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	VINORELBINUM	D13.0	PRZĘLYK
472.	VINORELBINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	VINORELBINUM	D13.2	DWUNASTNICA
474.	VINORELBINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
475.	VINORELBINUM	D13.4	WĄTROBA
476.	VINORELBINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
477.	VINORELBINUM	D13.6	TRZUSTKA
478.	VINORELBINUM	D13.7	WSPY TRZUSTKI
479.	VINORELBINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	VINORELBINUM	D14	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
481.	VINORELBINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
482.	VINORELBINUM	D14.1	KRTAŃ
483.	VINORELBINUM	D14.2	TCHAWICA
484.	VINORELBINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
485.	VINORELBINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
486.	VINORELBINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
487.	VINORELBINUM	D15.0	GRASICA
488.	VINORELBINUM	D15.1	SERCE
489.	VINORELBINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
490.	VINORELBINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
491.	VINORELBINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KŁATKI PIERSIOWEJ
492.	VINORELBINUM	D16	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
493.	VINORELBINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
494.	VINORELBINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
495.	VINORELBINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
496.	VINORELBINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
497.	VINORELBINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
498.	VINORELBINUM	D16.5	ŻUCHWA
499.	VINORELBINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
500.	VINORELBINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
501.	VINORELBINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
502.	VINORELBINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
503.	VINORELBINUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI 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	SZYSZYŃKA
569.	VINORELBINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	VINORELBINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
571.	VINORELBINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
572.	VINORELBINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
573.	VINORELBINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
574.	VINORELBINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
575.	VINORELBINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
576.	VINORELBINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
577.	VINORELBINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
578.	VINORELBINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
579.	VINORELBINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
580.	VINORELBINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
581.	VINORELBINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
582.	VINORELBINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
583.	VINORELBINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI 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 KŁATKI PIERSIOWEJ
590.	VINORELBINUM	D38.0	KRTAŃ
591.	VINORELBINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
592.	VINORELBINUM	D38.2	OPŁUCNA
593.	VINORELBINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
594.	VINORELBINUM	D38.4	GRASICA
595.	VINORELBINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
596.	VINORELBINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
597.	VINORELBINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
598.	VINORELBINUM	D39.0	MACICA
599.	VINORELBINUM	D39.1	JAJNIK
600.	VINORELBINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
601.	VINORELBINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
602.	VINORELBINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
603.	VINORELBINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
604.	VINORELBINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
605.	VINORELBINUM	D40.1	JĄDRO
606.	VINORELBINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607.	VINORELBINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608.	VINORELBINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
609.	VINORELBINUM	D41.0	NERKA
610.	VINORELBINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
611.	VINORELBINUM	D41.2	MOCZOWÓD
612.	VINORELBINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
613.	VINORELBINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	VINORELBINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
615.	VINORELBINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
616.	VINORELBINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
617.	VINORELBINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
618.	VINORELBINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
619.	VINORELBINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
620.	VINORELBINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
621.	VINORELBINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
622.	VINORELBINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
623.	VINORELBINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
624.	VINORELBINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
625.	VINORELBINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
626.	VINORELBINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
627.	VINORELBINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
628.	VINORELBINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629.	VINORELBINUM	D44.0	TARCZYCA
630.	VINORELBINUM	D44.1	NADNERCZA
631.	VINORELBINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
632.	VINORELBINUM	D44.3	PRZYSADKA
633.	VINORELBINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
634.	VINORELBINUM	D44.5	SZYSZYŃKA
635.	VINORELBINUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
636.	VINORELBINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
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, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	VINORELBINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
642.	VINORELBINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
643.	VINORELBINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
644.	VINORELBINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
645.	VINORELBINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
646.	VINORELBINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
647.	VINORELBINUM	D48.4	OTRZEWNA
648.	VINORELBINUM	D48.5	SKÓRA
649.	VINORELBINUM	D48.6	SUTEK
650.	VINORELBINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
651.	VINORELBINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
652.	VINORELBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
653.	VINORELBINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.64.

TEMOZOLOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TEMOZOLOMIDUM	C16	NOWOTWOR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
2.	TEMOZOLOMIDUM	C16.0	WPUST <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
3.	TEMOZOLOMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
4.	TEMOZOLOMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
5.	TEMOZOLOMIDUM	C16.3	UJSCIE ODŹWIERNIKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
6.	TEMOZOLOMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
7.	TEMOZOLOMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
8.	TEMOZOLOMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
9.	TEMOZOLOMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
10.	TEMOZOLOMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
11.	TEMOZOLOMIDUM	C17	NOWOTWOR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
12.	TEMOZOLOMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
13.	TEMOZOLOMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
14.	TEMOZOLOMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
15.	TEMOZOLOMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	TEMOZOLOMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
17.	TEMOZOLOMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKRESŁONE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
18.	TEMOZOLOMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
19.	TEMOZOLOMIDUM	C18.0	JELITO SŁEPE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
20.	TEMOZOLOMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
21.	TEMOZOLOMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
22.	TEMOZOLOMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
23.	TEMOZOLOMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
24.	TEMOZOLOMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
25.	TEMOZOLOMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
26.	TEMOZOLOMIDUM	C18.7	ESICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
27.	TEMOZOLOMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
28.	TEMOZOLOMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKRESŁONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
29.	TEMOZOLOMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
30.	TEMOZOLOMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
31.	TEMOZOLOMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
32.	TEMOZOLOMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻOŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
33.	TEMOZOLOMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
34.	TEMOZOLOMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
35.	TEMOZOLOMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
36.	TEMOZOLOMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
37.	TEMOZOLOMIDUM	C38.0	SERCE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
38.	TEMOZOLOMIDUM	C38.1	SRODPIERSIE PRZEDNIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
39.	TEMOZOLOMIDUM	C38.2	SRODPIERSIE TYLNE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
40.	TEMOZOLOMIDUM	C38.3	SRODPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
41.	TEMOZOLOMIDUM	C38.4	OPŁUCNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
42.	TEMOZOLOMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KONCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
43.	TEMOZOLOMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KONCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
44.	TEMOZOLOMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁGIE KONCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
45.	TEMOZOLOMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KONCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
46.	TEMOZOLOMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KONCZYNY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
47.	TEMOZOLOMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KONCZYNY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
48.	TEMOZOLOMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
49.	TEMOZOLOMIDUM	C41.1	ŻUCHWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
50.	TEMOZOLOMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
51.	TEMOZOLOMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
52.	TEMOZOLOMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
53.	TEMOZOLOMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
54.	TEMOZOLOMIDUM	C41.9	KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
55.	TEMOZOLOMIDUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
56.	TEMOZOLOMIDUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
57.	TEMOZOLOMIDUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
58.	TEMOZOLOMIDUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
59.	TEMOZOLOMIDUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
60.	TEMOZOLOMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
61.	TEMOZOLOMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KONCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
62.	TEMOZOLOMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KŁATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
63.	TEMOZOLOMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
64.	TEMOZOLOMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
65.	TEMOZOLOMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
66.	TEMOZOLOMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
67.	TEMOZOLOMIDUM	C48.0	PRZESTRZEN ZAOTRZEWNOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
68.	TEMOZOLOMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
69.	TEMOZOLOMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
70.	TEMOZOLOMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	TEMOZOLOMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
72.	TEMOZOLOMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
73.	TEMOZOLOMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
74.	TEMOZOLOMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
75.	TEMOZOLOMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
76.	TEMOZOLOMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
77.	TEMOZOLOMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKRESŁONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
78.	TEMOZOLOMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
79.	TEMOZOLOMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESŁONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
80.	TEMOZOLOMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
81.	TEMOZOLOMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
82.	TEMOZOLOMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
83.	TEMOZOLOMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
84.	TEMOZOLOMIDUM	C67.0	TROJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
85.	TEMOZOLOMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
86.	TEMOZOLOMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
87.	TEMOZOLOMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
88.	TEMOZOLOMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
89.	TEMOZOLOMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
90.	TEMOZOLOMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
91.	TEMOZOLOMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
92.	TEMOZOLOMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
93.	TEMOZOLOMIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
94.	TEMOZOLOMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
95.	TEMOZOLOMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
96.	TEMOZOLOMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
97.	TEMOZOLOMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
98.	TEMOZOLOMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
99.	TEMOZOLOMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
100.	TEMOZOLOMIDUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
101.	TEMOZOLOMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	TEMOZOLOMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	TEMOZOLOMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	TEMOZOLOMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	TEMOZOLOMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	TEMOZOLOMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
107.	TEMOZOLOMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	TEMOZOLOMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	TEMOZOLOMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	TEMOZOLOMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
111.	TEMOZOLOMIDUM	C72.1	OGON KONSKI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
112.	TEMOZOLOMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
113.	TEMOZOLOMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
114.	TEMOZOLOMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
115.	TEMOZOLOMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
116.	TEMOZOLOMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
117.	TEMOZOLOMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
118.	TEMOZOLOMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
119.	TEMOZOLOMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	TEMOZOLOMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
121.	TEMOZOLOMIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
122.	TEMOZOLOMIDUM	C76.2	BRZUCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
123.	TEMOZOLOMIDUM	C76.3	MIEDNICA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
124.	TEMOZOLOMIDUM	C76.4	KONCZYNA GÓRNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
125.	TEMOZOLOMIDUM	C76.5	KONCZYNA DOLNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
126.	TEMOZOLOMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
127.	TEMOZOLOMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
128.	TEMOZOLOMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
129.	TEMOZOLOMIDUM	D33.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
130.	TEMOZOLOMIDUM	D33.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
131.	TEMOZOLOMIDUM	D33.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
132.	TEMOZOLOMIDUM	D33.4	RDZEN KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
133.	TEMOZOLOMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
134.	TEMOZOLOMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
135.	TEMOZOLOMIDUM	D43.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
136.	TEMOZOLOMIDUM	D43.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
137.	TEMOZOLOMIDUM	D43.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
138.	TEMOZOLOMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
139.	TEMOZOLOMIDUM	D43.4	RDZEN KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
140.	TEMOZOLOMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
141.	TEMOZOLOMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Załącznik C.65.a.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA w przypadku: <i>indukcji remisji i konsolidacji ostrej białaczki promielocytowej u dorosłych pacjentów, charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa po niepowodzeniu leczenia lub w nawrocie choroby. Wcześniejsze leczenie powinno obejmować stosowanie retinoidu i chemioterapii.</i>

Załącznik C.65.b.

ARSENICUM TRIOXIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA 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: <i>indukcji remisji i konsolidacji nowo zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej, charakteryzującej się translokacją t(15;17) lub obecnością genu PML/RAR-alfa, u dorosłych pacjentów z niskim lub pośrednim ryzykiem (liczba białych krwinek $\leq 10 \times 10^3 / \mu\text{l}$), w skojarzeniu z kwasem all– trans– retynowym</i>

Załącznik C.67.

BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNIEJ 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) KOMOREK, 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) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
9.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C82.1	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) przeciwskażeń 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) przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.
11.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMOREK (ROZLANE) 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) przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.
12.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMOREK (ROZLANE) 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) przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii albo w przypadku chłoniaków z komórek płaszczu i wystąpienia: a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub b) przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
13.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) 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) przeciwwskazań 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) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.
15.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C83.9	ROZLANY 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) przeciwwskazań 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) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii albo w przypadku chłoniaków z komórek płaszczu i wystąpienia: a) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub b) przeciwwskazań 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) przeciwwskazań 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) przeciwwskazań 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: <i>a) przewlekłej białaczki limfocytowej (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) – leczenie I rzutu u chorych, u których nie jest zalecane stosowanie schematów chemioterapii zawierających fludarabinę,</i> <i>b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny.</i>

Załącznik C.68.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.68.b.

ACIDUM ZOLEDRONICUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	C.50.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI <i>uzupełniające leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie</i>

Załącznik C.69.a.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	AZACITIDINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
2	AZACITIDINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
3	AZACITIDINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
4	AZACITIDINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
5	AZACITIDINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
6	AZACITIDINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
7	AZACITIDINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
8	AZACITIDINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
9	AZACITIDINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10	AZACITIDINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA (CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Załącznik C.69.b.

AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	AZACITIDINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (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 <i>z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)</i>

Załącznik C.70.b.

IMATINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIBUM	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY w przypadku udokumentowanej obecności 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 <i>z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)</i>

Załącznik C.70.d.

IMATINIB

Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzoną immunohistochemicznie ekspresją CD 117. W chorobie zaawansowanej/przerzutowej leczenie stosowane jest do czasu wystąpienia progresji (u pacjentów z progresją w trakcie podawania dawki standardowej możliwe jest kontynuowanie terapii po zwiększeniu dawki do 800 mg dziennie) lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

W leczeniu uzupełniającym lek stosowany jest u pacjentów z ryzykiem nawrotu $\geq 50\%$ wg klasyfikacji AJCCNCCN-AFIP i obecnością mutacji KIT lub PDGFR- α bez mutacji PDGFR- α D842V nie dłużej niż 36 miesięcy lub do wystąpienia nawrotu lub niepożądanych działań uniemożliwiających kontynuowanie terapii.

Imatinib u dzieci stosowany jest według schematu:

- a) dzieci o powierzchni ciała do 1 m²: 340 mg/m², dawka dobowo jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie,*
- b) dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m² dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IMATINIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	IMATINIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	IMATINIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	IMATINIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	IMATINIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	IMATINIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	IMATINIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	IMATINIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	IMATINIB	C16.0	WPUST
10.	IMATINIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	IMATINIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	IMATINIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
13.	IMATINIB	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	IMATINIB	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	IMATINIB	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
16.	IMATINIB	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	IMATINIB	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	IMATINIB	C17.0	DWUNASTNICA
19.	IMATINIB	C17.1	JELITO CZCZE
20.	IMATINIB	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	IMATINIB	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	IMATINIB	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE 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 $\geq 10 \mu\text{g/kg}$ jeśli stosowany sam lub $\geq 5 \mu\text{g/kg}$ po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż $10/\mu\text{l}$ w dniach 4-6 po rozpoczęciu mobilizacji samym G-CSF lub do 20 dni po chemioterapii i G-CSF
lub
- 2) wcześniejsza mobilizacja zakończyła się niepowodzeniem, tj. w przypadku uzyskania plonu komórek CD34+:
 - a) mniej niż $2,0 \times 10^6$ komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem
lub
 - b) mniej niż $4,0 \times 10^6$ komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PLERIXAFORUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	PLERIXAFORUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	PLERIXAFORUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	PLERIXAFORUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	PLERIXAFORUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	PLERIXAFORUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
7.	PLERIXAFORUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	PLERIXAFORUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	PLERIXAFORUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	PLERIXAFORUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	PLERIXAFORUM	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	PLERIXAFORUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	PLERIXAFORUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	PLERIXAFORUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	PLERIXAFORUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	PLERIXAFORUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	PLERIXAFORUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	PLERIXAFORUM	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	PLERIXAFORUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	PLERIXAFORUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	PLERIXAFORUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	PLERIXAFORUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	PLERIXAFORUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
24.	PLERIXAFORUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	PLERIXAFORUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	PLERIXAFORUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	PLERIXAFORUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	PLERIXAFORUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	PLERIXAFORUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	PLERIXAFORUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	PLERIXAFORUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	PLERIXAFORUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	PLERIXAFORUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	PLERIXAFORUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	PLERIXAFORUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	PLERIXAFORUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	PLERIXAFORUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI

Załącznik C.72.

ANAGRELIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	ANAGRELIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA <i>z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie</i>
2.	ANAGRELIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
3.	ANAGRELIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.73.

NELARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NELARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
2.	NELARABINUM	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
3.	NELARABINUM	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznova po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>

Załącznik C.76.

BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BORTEZOMIBUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
2	BORTEZOMIBUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
3	BORTEZOMIBUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
4	BORTEZOMIBUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
5	BORTEZOMIBUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMORKOWA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
6	BORTEZOMIBUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAC SZPICZAKA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
7	BORTEZOMIBUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	BORTEZOMIBUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.79.a.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA w przypadku: – kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego
2	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
3	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU w przypadku: – pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka – młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępnym w ośrodku – kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
4	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA w przypadku: – pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka – kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik C.79.b.

PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C.84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
2	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C.84.1	CHOROBA SÉZARY’EGO

GEFITYNIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	GEFITYNIBUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i> 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 wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, 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.

ERLOTINIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	ERLOTINIBUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i> a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzyz niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu), b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. 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.

BEVACIZUMAB

1. w leczeniu dorosłych pacjentów z noworozpoznany zaawansowanym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej

a. w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem lub w monoterapii:

- stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po resekcji powyżej 1 cm,
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z wyjątkiem chemioterapii przedoperacyjnej,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

b. w skojarzeniu z 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 karboplatiną i gemcytabiną lub w skojarzeniu z karboplatiną i paklitakselem:

- niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

albo

3. w leczeniu dorosłych pacjentów z nawrotem opornego na związki platyny raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej

a. w skojarzeniu z paklitakselem, topotekanem inj. lub pegylowaną liposomalną doksorubicyną:

- niestosowanie wcześniejszego leczenia bewacyzumabem ani innych inhibitorów lub leków działających na receptor dla VEGF,
- stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO.

Leczenie jest prowadzone zgodnie z ChPL do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie leczenia.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMAB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
2.	BEVACIZUMAB	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
3.	BEVACIZUMAB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNOWEJ
4.	BEVACIZUMAB	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
5.	BEVACIZUMAB	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
6.	BEVACIZUMAB	C57.4	PRZYDATKI MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.82.b.

BEVACIZUMABUM

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Dla wszystkich wskazań:

- *przetrwwały, nawrotowy lub pierwotnie przerzutowy (stadium IVB) rak szyjki macicy u pacjentek niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii,*
- *niestosowanie wcześniejszej chemioterapii w stadium nawrotu, rozsiewu lub przetrwałego nowotworu z wyjątkiem chemioterapii cisplatyną stosowanej w skojarzeniu z radioterapią podczas leczenia radykalnego,*
- *czas od zastosowania chemioradioterapii nie krótszy niż 6 tygodni. Czas od zastosowania radioterapii nie krótszy niż 3 tygodnie,*
- *stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO.*

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMABUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
2.	BEVACIZUMABUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
3.	BEVACIZUMABUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.82.c.

BEVACIZUMAB

Lek stosowany jest w skojarzeniu z chemioterapią zawierającą fluoropirymidynę lub triflurydynę z typiracylem u pacjentów z nowotworem w stopniu zaawansowania IV (uogólnionym). Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Dawkowanie leku prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMAB	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	BEVACIZUMAB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO – ODBYTNICZEGO
3.	BEVACIZUMAB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.82.d.

BEVACIZUMABUM

Terapia stosowana wyłącznie w skojarzeniu z atezolizumabem.

Bewacyzumab stosowany w dawce 15 mg/kg masy ciała, podawanej we wlewie dożylnym co trzy tygodnie.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BEVACIZUMABUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.83.

DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1.	DAUNORUBICINUM + CYTARABINUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.84.a.

LENALIDOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LENALIDOMIDUM	C90.0	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 chłoniakami 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: <i>leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z uprzednio leczonymi chłoniakami strefy brzeżnej</i> albo <i>leczenia w skojarzeniu z rytuksymabem dorosłych pacjentów z nawracającym lub opornym na leczenie chłoniakiem z komórek płaszcza</i>

Załącznik C.85.

ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ROPEGINTERFERONUM ALFA-2B	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik C.86.a.

TRASTUZUMABUM I.V.

1. W monoterapii

albo

2. w skojarzeniu z:

a) chemioterapią,

lub

b) hormonoterapią,

lub

c) pertuzumabem.

Dla wszystkich wskazań:

- potwierdzenie histologiczne inwazyjnego raka piersi,
- dodatni stan HER2 – ekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- zaawansowanie w stopniu wczesnym ze wskazaniami do leczenia przedoperacyjnego lub pooperacyjnego albo zaawansowanie w stadium uogólnienia ze wskazaniami do leczenia paliatywnego zgodnymi z wytycznymi ChPL lub PTOK.

Leczenie przerzutowego raka piersi powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania. Możliwe jest leczenie trastuzumabem i.v. po progresji w połączeniu z inną terapią przeciwnowotworową.

Leczenie okołooperacyjnego raka piersi powinno być stosowane w horyzoncie maksymalnie 18 podań leku lub do 1 roku terapii lub niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA 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	CZEŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	TRASTUZUMABUM I.V.	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.86.b.

TRASTUZUMABUM I.V.

W skojarzeniu z cisplatyną (albo oksaliplatyną) i fluorouracylem albo cisplatyną (albo oksaliplatyną) i kapecytabiną:

- potwierdzenie histologiczne 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 karboplatiną:

- potwierdzenie histologiczne surowiczego raka endometrium,
- nadekspresja białka HER2 3+ w badaniu IHC lub amplifikacja genu HER2 w badaniu FISH,
- stopień zaawansowania klinicznego III lub IV wg klasyfikacji FIGO lub nawrotowego raka bez względu na pierwotny stopień zaawansowania,
- stopień sprawności 0-2 według ECOG.

Dawka trastuzumabu pierwszego dnia pierwszego cyklu to dawka nasycająca wynosząca 8 mg/kg m.c. podawana przez 90 minut. Począwszy od 21. dnia należy podawać trastuzumab w dawce 6 mg/kg m.c., dożylnie co 21 dni i kontynuować leczenie przez czas nieokreślony co 21 dni po zakończeniu 6 cykli terapii cytotoksycznej i do czasu progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań ograniczających możliwość kontynuowania.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.0	CIEŚŃ MACICY, ODCINEK DOLNY
2.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
3.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.2	MIĘSIEŃ MACICY
4.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.3	DNO MACICY
5.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TRZONU MACICY
6.	TRASTUZUMAB I.V.	C54.9	TRZON MACICY, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.87.a.

OCTAN ABIRATERONU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTAN ABIRATERONU	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO w przypadku: <i>leczenia dorosłych pacjentów na nowo rozpoznanego hormonowrażliwego raka gruczołu krokowego wysokiego ryzyka z przerzutami, w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej; wysokie ryzyko definiowane jest jako występowanie co najmniej 2 z 3 czynników: wskaźnik Gleasona ≥ 8, obecność ≥ 3 przerzutów do kości, obecność przerzutów do narządów trzewnych (z wyłączeniem węzłów chłonnych). Leczenie należy rozpocząć najpóźniej po trzech miesiącach od wdrożenia deprywacji androgenowej.</i> albo <i>leczenia bezobjawowych lub skąpo objawowych dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu deprywacji androgenowej, u których zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie,</i> albo <i>leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, po niepowodzeniu chemioterapii opartej o docetaksel,</i> <i>Octan abirateronu może być zastosowany u danego pacjenta na podstawie załączników C.87.a. albo C.87.b. tylko w jednym z wymienionych wskazań. Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).</i>

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: <i>leczenia dorosłych pacjentów na wrażliwego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami, którzy nie spełniają kryteriów wskazania rejestracyjnego wymienionych w załączniku C.87.a., w połączeniu z deprivacją androgenową jako samodzielne leczenie lub początkowo w skojarzeniu z trwającą przez 18 tyg. chemioterapią opartą o docetaksel,</i> <i>albo</i> <i>leczenia dorosłych pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego bez przerzutów, z dużym ryzykiem wystąpienia przerzutów (PSA DT ≤ 10 mies.),</i> <i>albo</i> <i>leczenia dorosłych pacjentów w ramach uzupełniającej hormonoterapii w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej przez maksymalnie 2 lata, z grupy wysokiego ryzyka po radioterapii radykalnej, u których zdiagnozowano:</i> <i>a) obecność przerzutów w węzłach chłonnych (cecha N/+/-),</i> <i>lub</i> <i>b) nieobecność przerzutów w węzłach chłonnych (cecha N/-/) i przynajmniej 2 z 3 czynników: cecha T3-4, wskaźnik Gleasona 8-10, stężenie PSA równe lub większe niż 40 ng/ml.</i> <i>Octan abirateronu może być zastosowany u danego pacjenta na podstawie załączników C.87.a. albo C.87.b. tylko w jednym z wymienionych wskazań. Octan abirateronu nie może być zastosowany u danego pacjenta leczonego wcześniej innym nowoczesnym lekiem hormonalnym (apalutamid, enzalutamid, darolutamid).</i>

Załącznik C.88.a.

SUNITINIB

Lek stosowany u pacjentów z histologicznie potwierdzonym mięsakiem podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) i potwierdzonej immunohistochemicznie ekspresją CD 117 po niepowodzeniu leczenia imatynibem w wyniku progresji lub nietolerancji.

Sunitynib u dzieci stosowany jest według schematu:

- a) dzieci powyżej 6 r. ż. dawkowanie jak u dorosłych,*
- b) dzieci poniżej 6.r.ż. - dawka powinna być indywidualnie ustalana poczynając od 25 mg na dobę. Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać przerwę w przyjmowaniu leku.*

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
2.	SUNITINIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	SUNITINIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	SUNITINIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	SUNITINIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	SUNITINIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	SUNITINIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	SUNITINIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	SUNITINIB	C16.0	WPUST
10.	SUNITINIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	SUNITINIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	SUNITINIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	SUNITINIB	C16.4	ODŹWIERNIK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI 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	UCHYLEK MECKELA
22.	SUNITINIB	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA CIENKIEGO
23.	SUNITINIB	C17.9	JELITO CIENKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
24.	SUNITINIB	C18.0	JELITO ŚLEPE
25.	SUNITINIB	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
26.	SUNITINIB	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
27.	SUNITINIB	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
28.	SUNITINIB	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
29.	SUNITINIB	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
30.	SUNITINIB	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
31.	SUNITINIB	C18.7	ESICA
32.	SUNITINIB	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELITA GRUBEGO
33.	SUNITINIB	C18.9	OKRĘŻNICA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
34.	SUNITINIB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
35.	SUNITINIB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
36.	SUNITINIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
37.	SUNITINIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
38.	SUNITINIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
39.	SUNITINIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Załącznik C.88.b.

SUNITINIB

Lek stosowany u dorosłych pacjentów z histologicznie potwierdzonym zaawansowanym lub przerzutowym nieoperacyjnym mięsakiem pęcherzykowym (alveolar soft part sarcoma) lub samotnym guzem włóknistym (solitary fibrous tumor), a także u wcześniej poddanych chemioterapii pacjentów z mięsakiem naczyniowym (angiosarcoma) w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia - przy braku możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego.

Dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg na dobę. W celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
2.	SUNITINIB	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ (KREZKA, KREZKA OKRĘŻNICY, SIEĆ, OTRZEWNA ŚCIENNA I MIEDNICY)
3.	SUNITINIB	C48.2	OTRZEWNA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
4.	SUNITINIB	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
5.	SUNITINIB	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI (TKANKA ŁĄCZNA: UCHA, POWIEKI)
6.	SUNITINIB	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
7.	SUNITINIB	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
8.	SUNITINIB	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ, (DÓŁ PACHOWY, PRZEPONA, DUŻE NACZYNIA)
9.	SUNITINIB	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA (ŚCIANA JAMY BRZUSZNEJ, PODŻEBRZE)
10.	SUNITINIB	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY, (POŚLADEK, PACHWINA, KROCZE)
11.	SUNITINIB	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE, (GRZBIET BNO)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
12.	SUNITINIB	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANEK MIĘKKICH
13.	SUNITINIB	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.88.c.

SUNITINIB

- nowotwór w stadium zaawansowanym,
- korzystne lub pośrednie rokowanie wg IMDC,
- niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka nerki (nie dotyczy chorych z nietolerancją pazopanibu albo sorafenibu),
- uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie 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 neuroendokrynnny trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,
- udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii sunitinibem.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SUNITINIB	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI 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 PRZĘŁYKU
2.	SORAFENIB	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
3.	SORAFENIB	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
4.	SORAFENIB	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
5.	SORAFENIB	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
6.	SORAFENIB	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
7.	SORAFENIB	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PRZĘŁYKU
8.	SORAFENIB	C15.9	PRZĘŁYK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
9.	SORAFENIB	C16.0	WPUST
10.	SORAFENIB	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
11.	SORAFENIB	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
12.	SORAFENIB	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
13.	SORAFENIB	C16.4	ODŹWIERNIK
14.	SORAFENIB	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
15.	SORAFENIB	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
16.	SORAFENIB	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE ŻOŁĄDKA
17.	SORAFENIB	C16.9	ŻOŁĄDEK, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE
18.	SORAFENIB	C17.0	DWUNASTNICA
19.	SORAFENIB	C17.1	JELITO CZCZE
20.	SORAFENIB	C17.2	JELITO KRĘTE
21.	SORAFENIB	C17.3	UCHYLEK MECKELA
22.	SORAFENIB	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE JELIT A 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 JELIT A 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 SUBSTANCJICZYNNIEJ 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 pazopanibu),*
- *uprzednie usunięcie guza pierwotnego lub odstępnie 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 SUBSTANCJICZYWNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SORAFENIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.89.d.

SORAFENIB

- 1) *brodawkowaty, pęcherzykowy lub onkocytny rak tarczycy;*
- 2) *nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót, wznowa lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego z opornością na jod promieniotwórczy (udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytyjącej jodu lub progresji pomimo wychwyty jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi) lub niekwalifikujący się do tej terapii;*
- 3) *progresja choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu.*

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	SORAFENIB	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY

Załącznik C.91.a.

EVEROLIMUS

- nowotwór w stadium zaawansowanym,
- udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych (jedna albo dwie linie) lub udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem immunoterapii albo immunoterapii i inhibitorów kinaz tyrozynowych,
- 2 albo 3 linia leczenia,
- może być stosowany jako kontynuacja rozpoczętej terapii u pacjentów, którzy byli leczeni wcześniej cytokinami i inhibitorami kinaz tyrozynowych oraz rozpoczęli leczenie ewerolimusem w programie lekowym na zasadach w nim obowiązujących.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu (za wyjątkiem oligoprogresji – zgodnie z definicją w załączniku B.10.) lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJICZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.91.b.

EVEROLIMUS

- nieoperacyjny, wysoko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynną trzustki w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami u osób dorosłych,
- udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed rozpoczęciem terapii ewerolimusem,

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI Wyspy trzustkowe Langerhansa

Załącznik C.91.c.

EVEROLIMUS

W leczeniu dzieci, młodzieży i dorosłych chorych na stwardnienie guzowe z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA, ang. subependymal giant cell astrocytoma).

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	EVEROLIMUS	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE

Załącznik C.92.a.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DASATINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>leczenie dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej</i> <i>w przypadku:</i> <i>niepowodzenia, utraty odpowiedzi lub nietolerancji na uprzednie leczenie inhibitorami kinazy tyrozynowej, w tym leczenie imatynibem.</i>

Załącznik C.92.b.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DASATINIB	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>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</i> <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub niepowodzenia leczenia (np. brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję) albo wznowy hematologicznej lub molekularnej (narastanie mierzalnej choroby resztkowej), jeśli protokół wcześniejszego leczenia nie obejmował dazatynibu,</i> <i>lub</i> <i>gdy wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie,</i> <i>lub</i> <i>gdy uzyskano całkowitą remisję hematologiczną lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia dazatynibem i prowadzone jest leczenie podtrzymujące obejmujące dazatynib, w tym po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (w szczególności jeśli przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej),</i> <i>lub</i> <i>gdy przy rozpoznaniu lub na jakimkolwiek etapie leczenia stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).</i>

Załącznik C.92.c.

DASATINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DASATINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>leczenie dzieci i młodzieży do lat 18 z przewlekłą białaczką szpikową z chromosomem Filadelfia (Ph+) w fazie przewlekłej</i> <i>w przypadku:</i> <i>nowo rozpoznanej przewlekłej białaczki szpikowej</i> <i>lub</i> <i>oporności lub nietolerancji na uprzednie leczenie, w tym leczenie imatynibem</i>
2.	DASATINIB	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>leczenie w skojarzeniu z chemioterapią dzieci i młodzieży do lat 18 z nowo rozpoznaną ostrą białaczką limfoblastyczną z chromosomem Filadelfia (Ph+)</i>

Załącznik C.93.

TRABECTEDIN

1) W leczeniu pacjentów chorych na nieresekcyjnego (miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego) mięsaka tkanek miękkich o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma), po niepowodzeniu leczenia antracykliną i ifosfamidem albo z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania tych leków.

2) W leczeniu pacjentek z nawrotowym platynowrażliwym rakiem jajnika, jajowodu lub pierwotnym rakiem otrzewnej, u których jest przeciwwskazane zastosowanie schematu zawierającego związek platyny, w skojarzeniu z pegylowaną liposomalną doksorubicyną (PLD).

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRABECTEDIN	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
2.	TRABECTEDIN	C49	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
3.	TRABECTEDIN	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
4.	TRABECTEDIN	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

PANITUMUMAB

W leczeniu chorych na nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego, z nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E:

- a) w skojarzeniu z chemioterapią pierwszej linii FOLFOX lub FOLFIRI (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołooperacyjne oraz stosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);
- b) w skojarzeniu z chemioterapią drugiej linii FOLFIRI, w przypadku progresji po wcześniejszej chemioterapii niezawierającej irynotekanu, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołooperacyjne oraz zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);
- c) w monoterapii, w przypadku progresji po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego).

W pierwszej linii u pacjentów bez progresji możliwe jest częściowe lub całkowite przerwanie leczenia (przerwanie podawania panitumumabu, deeskalacja lub przerwanie chemioterapii) z możliwością ponownego zastosowania pierwotnego schematu po wystąpieniu progresji.

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

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PANITUMUMAB	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	PANITUMUMAB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	PANITUMUMAB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.95.a.

CETUXIMAB

W leczeniu chorych na nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego, z nieobecnością mutacji w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecnością mutacji BRAF V600E:

- a) w skojarzeniu z chemioterapią pierwszej linii FOLFOX lub FOLFIRI (dopuszczalne jest wcześniejsze leczenie okołooperacyjne oraz stosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego);
- b) w monoterapii albo w skojarzeniu z irynotekaniem, w przypadku progresji po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków, przy braku wcześniejszego leczenia anty-EGFR (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie immunoterapii z powodu raka jelita grubego).

W pierwszej linii u pacjentów bez progresji możliwe jest częściowe lub całkowite przerwanie leczenia (przerwanie podawania cetuksymabu, deeskalacja lub przerwanie chemioterapii) z możliwością ponownego zastosowania pierwotnego schematu po wystąpieniu progresji.

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

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinny wlewie podczas pierwszej dawki i 250 mg/m² powierzchni ciała w 1-godzinny wlewie podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinny wlewie – w odstępach 14-dniowych.

Leczenie jest prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby nowotworowej lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CETUXIMAB	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	CETUXIMAB	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	CETUXIMAB	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

CETUXIMAB

1. *plaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie:*

— *stopień III lub IV (z wyłączeniem stopnia T1N1 i wykluczeniem obecności przerzutów w odległych narządach).*

Leczenie trwa do czasu zakończenia planowanej radioterapii lub wystąpienia działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie - w tym związanych z przerwaniem napromieniania lub przerwą w napromienianiu przekraczającą 2 tygodnie.

Cetuksymab jest stosowany: w dawce 400 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinny wlewie podczas pierwszej dawki i 250 mg/m² powierzchni ciała w 1-godzinny wlewie podczas kolejnych dawek – w odstępach 7-dniowych lub w dawce 500 mg/m² powierzchni ciała dożylnie w 2-godzinny wlewie – w odstępach 14-dniowych.

2. *plaskonabłonkowy rak narządów głowy i szyi w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny w zaawansowanej chorobie:*

— *nawrót lub przerzuty odległe przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania),*

— *wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anty-EGFR (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem),*

— *brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU.*

Schemat EXTREME – cetuksymab stosowany dożylnie w dawce 250 mg/m² powierzchni ciała w odstępach 7-dniowych lub 500 mg/m² powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.

Schemat TPEx – cetuksymab stosowany dożylnie w dawce 500 mg/m² powierzchni ciała w odstępach 14-dniowych.

Po zakończeniu podawania chemioterapii (wg schematów EXTREME, TPEx) leczenie podtrzymujące cetuksymabem trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CETUXIMAB	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
2.	CETUXIMAB	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
3.	CETUXIMAB	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
4.	CETUXIMAB	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
5.	CETUXIMAB	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
6.	CETUXIMAB	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
7.	CETUXIMAB	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
8.	CETUXIMAB	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
9.	CETUXIMAB	C09	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIGDAŁKA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
10.	CETUXIMAB	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
11.	CETUXIMAB	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
12.	CETUXIMAB	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
13.	CETUXIMAB	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>
14.	CETUXIMAB	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI <i>w przypadku skojarzeniu z radioterapią</i> lub <i>w przypadku skojarzenia z chemioterapią opartą na pochodnych platyny</i>

Załącznik C.96.

LAPATINIB

Lek stosowany w skojarzeniu z kapecytabiną lub trastuzumabem i.v. lub hormonoterapią, u chorych na przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka piersi (gdy radykalne leczenie miejscowe jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania) HER2-dodatniego raka piersi w drugiej lub kolejnej linii leczenia, a w pierwszej linii tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy lub nawrót wystąpił w jej trakcie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LAPATINIB	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
2.	LAPATINIB	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ PIERSI
3.	LAPATINIB	C50.2	KWADRANT GÓRNY WEWNĘTRZNY PIERSI
4.	LAPATINIB	C50.3	KWADRANT DOLNY WEWNĘTRZNY PIERSI
5.	LAPATINIB	C50.4	KWADRANT GÓRNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
6.	LAPATINIB	C50.5	KWADRANT DOLNY ZEWNĘTRZNY PIERSI
7.	LAPATINIB	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA PIERSI
8.	LAPATINIB	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JEDNEGO UMIEJSCOWIENIA W OBRĘBIE PIERSI
9.	LAPATINIB	C50.9	PIERŚ, UMIEJSCOWIENIE NIEOKREŚLONE

Załącznik C.97.

CABAZITAXEL

W skojarzeniu z prednizonem lub prednizolonem jest wskazany do leczenia pacjentów dorosłych z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami, leczonych wcześniej docetakselem.

Czas od zakończenia chemioterapii z udziałem docetakselu powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CABAZITAXEL	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.98.

RADIUM (223RA) DICHLORIDE

W leczeniu pacjentów na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami po uprzednim zastosowaniu, z powodu przerzutowego raka gruczołu krokowego, hormonoterapii lekiem nowej generacji (nowe antyandrogeny lub octan abirateronu) i chemioterapii albo brak możliwości lub medycznego uzasadnienia do ich zastosowania.

Potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności przynajmniej 6 przerzutów w kościach (w szczególnych przypadkach włączenie leczenia może dotyczyć chorych z liczbą przerzutów 4-5, jeżeli cechy choroby przemawiają za dużą szansą pozytywnego działania po ocenie stanu układu kostnego (scyntygrafia i pomiar gęstości mineralnej kości) oraz ocenie ryzyka złamań).

Nieobecność przerzutów w narządach wewnętrznych z wyjątkiem przerzutów w węzłach chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie, jednak nie dłużej niż 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RADIUM (223RA) DICHLORIDE	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.99.

AKSITINIB

Leczenie zaawansowanego stadium nowotworu nerkowokomórkowego, z wyłączeniem raka z kanalików zbiorczych, u dorosłych pacjentów po udokumentowanym niepowodzeniu leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów o działaniu antyangiogennym lub inhibitorów punktów kontrolnych układu immunologicznego (o aktywności anty-PD-1/PD-L1, anty-CTLA4) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii z wykorzystaniem cytokin.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	AKSITINIB	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.100.

TEMSIROLIMUS

Leczenie pierwszego rzutu nowotworu nerkowokomórkowego w stadium zaawansowanym u dorosłych pacjentów.

Kwalifikacja do leczenia pacjentów o sprawności w skali Karnofsky’ego 60-100.

Leczenie powinno być stosowane do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub niepożądanych działań uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TEMSIROLIMUS	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ

Załącznik C.101.a.

POMALIDOMID

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	POMALIDOMID	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY w przypadku: <i>leczenia w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid</i> albo <i>leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej dwie linie leczenia, w tym zawierające lenalidomid i inhibitor proteasomu oraz w trakcie ostatniego leczenia lub po jego zakończeniu nastąpiła progresja choroby*</i>

**dotyczy także leczenia skojarzonego z dodatkową składową refundowaną w ramach programu lekowego B.54. „Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytoowego (ICD-10: C90.0)” ze schematem Pd*

Załącznik C.101.b.

POMALIDOMID

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	POMALIDOMID	C90.0	SZPICZAK PLAZMOCYTOWY w przypadku: leczenia w skojarzeniu z cyklofosfamidem i deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid albo leczenia w skojarzeniu z deksametazonem dorosłych pacjentów ze szpiczakiem plazmocytowym, u których stosowano uprzednio co najmniej jedną linię leczenia, w tym zawierającą lenalidomid

Załącznik C.102.

BOSUTINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BOSUTINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA z udokumentowaną przy rozpoznaniu obecnością genu BCR-ABL1 lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w przypadku: – leczenia dorosłych chorych z nowo rozpoznaną przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej z wysokim ryzykiem wg ELTS (EUTOS long-term survival score); – leczenia dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji lub kryzy blastycznej, którzy byli wcześniej leczeni jednym lub wieloma inhibitorami kinazy tyrozynowej i w przypadku których imatynib, nilotynib i dazatynib nie są właściwymi produktami leczniczymi – postępowanie zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).

Załącznik C.103.

NILOTINIB

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NILOTINIB	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA z udokumentowaną przy rozpoznaniu obecnością genu BCR-ABL1 lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w przypadku: – leczenia dorosłych chorych z nowo rozpoznaną przewlekłą białaczką szpikową w fazie przewlekłej z wysokim ryzykiem wg ELTS (EUTOS long-term survival score); – leczenia dorosłych chorych na przewlekłą białaczkę szpikową w fazie przewlekłej lub akceleracji, w przypadku oporności lub nietolerancji na uprzednie leczenie, w tym leczenie imatynibem – postępowanie zgodnie z aktualnymi rekomendacjami European LeukemiaNet lub PALG (Polish Adult Leukemia Group).

Załącznik C.104.a.

NAB-PACLITAXEL I.V.

Leczenie w monoterapii przerzutowego raka piersi u dorosłych pacjentów, u których leczenie pierwszego rzutu choroby przerzutowej okazało się nieskuteczne, i u których nie można zastosować standardowej terapii z antracyklinami.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA

Załącznik C.104.b.

NAB-PACLITAXEL I.V.

Leczenie w skojarzeniu z karboplatiną pierwszego rzutu niedrobnokomórkowego raka płuc u dorosłych pacjentów, którzy nie kwalifikują się do radykalnego zabiegu chirurgicznego lub radioterapii.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NAB-PACLITAXEL I.V.	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>w skojarzeniu z karboplatiną</i>

Załącznik C.105.a.

REGORAFENIB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka jelita grubego u dorosłych pacjentów, po wcześniejszym leczeniu schematami chemioterapii zawierającymi fluoropirymidynę, oksaliplatynę i irynotekan, leki anty-VEGF oraz anty-EGFR lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do zastosowania wymienionych leków.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	REGORAFENIB	C18.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
2.	REGORAFENIB	C19.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
3.	REGORAFENIB	C20.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Załącznik C.105.b.

REGORAFENIB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego (HCC) u dorosłych pacjentów, w drugiej linii leczenia po wcześniejszej terapii sorafenibem lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do jego zastosowania.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	REGORAFENIB	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

Załącznik C.106.

RAMUCIRUMAB

Leczenie w monoterapii nieoperacyjnego przerzutowego lub miejscowo zaawansowanego raka wątrobowokomórkowego (HCC) u dorosłych pacjentów, u których stężenie alfa-fetoproteiny (AFP) w surowicy krwi wynosi ≥ 400 ng/ml, w drugiej linii leczenia po wcześniejszej terapii sorafenibem lub z udokumentowanymi przeciwwskazaniami do jej zastosowania.

Leczenie trwa do czasu wystąpienia progresji nowotworu lub działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuowanie.

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ DROGA PODANIA (JEŻELI DOTYCZY)	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RAMUCIRUMAB	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY

D 1. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acenocoumarolum	Acenocumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590
3	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675
4	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736
5	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
6	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
7	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
8	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113
10	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229
11	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
12	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
13	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272
14	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
15	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
16	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
17	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
18	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
19	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317
20	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416
21	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813
22	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327
23	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426
24	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610
25	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693
26	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754
27	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709
28	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730
29	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747
30	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731
31	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755
32	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762
33	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786
34	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
35	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462
36	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925
37	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fioł.po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118
38	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
39	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
40	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505
41	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529
42	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt.	05907626706604
43	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628
44	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502
45	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519
46	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540
47	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564
48	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616
49	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654
50	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212
51	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819
52	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818
53	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876
54	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883
55	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906
56	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972
57	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996
58	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965
59	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880
60	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990936557
61	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990936502
62	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	60 szt.	05909991512897
63	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649
64	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557
65	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207
66	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214
67	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915
68	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011
69	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991466114
70	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991471248

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
71	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991520250
72	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816
73	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773
74	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803
75	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
76	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816
77	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
78	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
79	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540
80	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
81	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533
82	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
83	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
84	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
85	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
86	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
87	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
88	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
89	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827
90	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926
91	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
92	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462
93	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148
94	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449
95	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
96	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
97	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
98	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
99	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
100	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
101	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116
102	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
103	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
104	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
105	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
106	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
107	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217

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., 1 g	16 szt.	05909991043728
109	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
110	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
111	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
112	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629
113	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
114	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
115	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
116	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
117	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
118	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
119	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
120	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139
121	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117
122	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619
123	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041
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. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322
127	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934
128	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941
129	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabł. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747
130	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabł. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906
131	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 35 ml	05909990894819
132	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990894826
133	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833
134	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912
135	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115
136	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960
137	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319
138	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324
139	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108
140	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115
141	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237
142	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
143	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255
144	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262
145	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908
146	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922
147	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953
148	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288
149	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318
150	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120
151	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235
152	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521
153	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990
154	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800
155	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848
156	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846
157	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624
158	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517
159	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440
160	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772
161	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073
162	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080
163	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027
164	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034
165	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
166	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
167	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
168	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
169	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
170	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
171	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
172	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759
173	Aripirazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573
174	Aripirazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888
175	Aripirazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895
176	Aripirazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528
177	Aripirazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535
178	Aripirazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306
179	Aripirazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
180	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382
181	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168
182	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175
183	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199
184	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205
185	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266
186	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273
187	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691
188	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068
189	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730
190	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747
191	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075
192	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754
193	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761
194	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082
195	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020
196	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648
197	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655
198	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037
199	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662
200	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679
201	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044
202	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475
203	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
204	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
205	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
206	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
207	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526
208	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
209	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832
210	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849
211	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
212	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863
213	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
214	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
215	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241
216	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
217	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659
218	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666
219	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673
220	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680
221	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635
222	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642
223	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762
224	Aripiprazolum	Aryfrenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946
225	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225
226	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256
227	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531
228	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555
229	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324
230	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355
231	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423
232	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034
233	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696
234	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
235	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908
236	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946
237	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953
238	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984
239	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991518141
240	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991518158
241	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991518202
242	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991518127
243	Atomoxetineum	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991412173
244	Atomoxetineum	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991412241
245	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380
246	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601
247	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496
248	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909991523985
249	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717
250	Atomoxetineum	Auroxetyn, kaps. twarde, 40 mg	30 szt.	05909991508241
251	Atomoxetineum	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938
252	Atomoxetineum	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952
253	Atomoxetineum	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
254	Atomoxetineum	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990
255	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586
256	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609
257	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647
258	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647
259	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815
260	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173
261	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914
262	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806
263	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282
264	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299
265	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464
266	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471
267	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488
268	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336
269	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374
270	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991321611
271	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710
272	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896
273	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902
274	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919
275	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926
276	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933
277	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940
278	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053
279	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920
280	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951
281	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975
282	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275
283	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305
284	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336
285	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459
286	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655
287	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662
288	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686
289	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730
290	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991444747

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 Medreg, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	08595566453541
292	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792
293	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08595566453589
294	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853
295	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
296	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
297	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028
298	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
299	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400
300	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530
301	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547
302	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992
303	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137
304	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359
305	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618
306	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144
307	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366
308	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717
309	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151
310	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373
311	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816
312	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383
313	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508
314	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539
315	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553
316	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638
317	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652
318	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676
319	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782
320	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805
321	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867
322	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097
323	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103
324	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976
325	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134
326	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042
327	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
328	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290
329	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368
330	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436
331	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443
332	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071
333	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161
334	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178
335	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185
336	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208
337	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814
338	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821
339	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838
340	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913
341	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920
342	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937
343	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911
344	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935
345	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997
346	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
347	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
348	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810
349	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816
350	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412
351	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518
352	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876
353	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738
354	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752
355	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030
356	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320
357	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682
358	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337
359	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344
360	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319
361	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566
362	Azithromycinum	Azycyna, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573
363	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421
364	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520

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	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608
366	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219
367	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226
368	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318
369	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110
370	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214
371	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417
372	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampulek po 1 ml	05909990121625
373	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518
374	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
375	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
376	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
377	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
378	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	0590999008469
379	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769
380	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776
381	Bimatoprostum + Timololum	BimaroZ Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
382	Bimatoprostum + Timololum	BimaroZ Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
383	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
384	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363
385	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
386	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216
387	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219
388	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529
389	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420
390	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049
391	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056
392	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063
393	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070
394	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017
395	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911
396	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
397	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
398	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852
399	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869
400	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791
401	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 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
402	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501
403	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600
404	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523
405	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554
406	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400
407	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448
408	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024
409	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
410	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
411	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483
412	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490
413	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641
414	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
415	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
416	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386
417	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
418	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588
419	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234
420	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333
421	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
422	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
423	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
424	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
425	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
426	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
427	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354
428	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323
429	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286
430	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
431	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082
432	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
433	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986
434	Budesonidum	Budair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169
435	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
436	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
437	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966
438	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314

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	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
440	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
441	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
442	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332
443	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
444	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
445	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
446	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615
447	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714
448	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813
449	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991233099
450	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
451	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
452	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
453	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
454	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
455	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
456	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
457	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971
458	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
459	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
460	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
461	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
462	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
463	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
464	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
465	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
466	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056
467	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087
468	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131
469	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127
470	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226
471	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325
472	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603
473	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
474	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919
475	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
476	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256
477	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738
478	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376
479	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383
480	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080
481	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097
482	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999
483	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029
484	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655
485	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172
486	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
487	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
488	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
489	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
490	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
491	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456
492	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463
493	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264
494	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876
495	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
496	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
497	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
498	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
499	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080
500	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
501	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364
502	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449
503	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289
504	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
505	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
506	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
507	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680
508	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697
509	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505
510	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758
511	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
512	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666

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	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673
514	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
515	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
516	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653
517	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
518	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592
519	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209
520	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230
521	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179
522	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
523	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
524	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
525	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
526	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
527	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
528	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
529	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
530	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
531	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
532	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
533	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
534	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409
535	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
536	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
537	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129
538	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
539	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
540	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
541	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
542	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
543	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
544	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
545	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
546	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
547	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
548	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
549	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
550	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990687909
551	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt.	05909990687930
552	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862
553	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879
554	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990687886
555	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt.	05909990687893
556	Cefaclorum	Cecclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514
557	Cefaclorum	Cecclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613
558	Cefaclorum	Cecclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620
559	Cefaclorum	Cecclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712
560	Cefaclorum	Cecclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411
561	Cefaclorum	Cecclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428
562	Cefaclorum	Cecclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510
563	Cefaclorum	Cecclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527
564	Cefaclorum	Cecclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910
565	Cefaclorum	Cecclor, granul. do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927
566	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
567	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
568	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
569	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
570	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840
571	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857
572	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697
573	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703
574	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145
575	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152
576	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183
577	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190
578	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831
579	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855
580	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212
581	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229
582	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113
583	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120
584	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331
585	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355
586	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
587	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416
588	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386
589	Cefuroximum	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409
590	Cefuroximum	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753
591	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760
592	Cefuroximum	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456
593	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990216383
594	Cefuroximum	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946
595	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390
596	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953
597	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991471620
598	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991471637
599	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991526108
600	Cefuroximum	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991526115
601	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335
602	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342
603	Cefuroximum	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812
604	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213
605	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312
606	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411
607	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435
608	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575
609	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991418212
610	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991425203
611	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093
612	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077
613	Cefuroximum	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118
614	Cefuroximum	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932
615	Cefuroximum	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949
616	Cefuroximum	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641
617	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729
618	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736
619	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793
620	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
621	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
622	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441
623	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 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
624	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725
625	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736
626	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020
627	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515
628	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637
629	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618
630	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582
631	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409
632	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416
633	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017
634	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116
635	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
636	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
637	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
638	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447
639	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454
640	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463
641	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289
642	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357
643	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624
644	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426
645	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525
646	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716
647	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679
648	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424
649	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111
650	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814
651	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616
652	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715
653	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913
654	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414
655	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216
656	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514
657	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964
658	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012
659	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613
660	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 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
661	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010
662	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546
663	Clarithromycinum	Klabax EC, granulāt do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446
664	Clarithromycinum	Klabax EC, granulāt do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453
665	Clarithromycinum	Klabax EC, granulāt do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477
666	Clarithromycinum	Klabax EC, granulāt do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491
667	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990081165
668	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532
669	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549
670	Clarithromycinum	Klacid, granulāt do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710
671	Clarithromycinum	Klacid, granulāt do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727
672	Clarithromycinum	Klacid, granulāt do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624
673	Clarithromycinum	Klacid, granulāt do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631
674	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819
675	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826
676	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419
677	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117
678	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416
679	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438
680	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520
681	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537
682	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544
683	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207
684	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210
685	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435
686	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111
687	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397
688	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510
689	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928
690	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800
691	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
692	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916
693	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012
694	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
695	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
696	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715
697	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
698	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736
699	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606
700	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521
701	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422
702	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443
703	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382
704	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
705	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412
706	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077
707	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
708	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814
709	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
710	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838
711	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852
712	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364
713	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654
714	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678
715	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
716	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611
717	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991359454
718	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991359478
719	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	08901175035427
720	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921
721	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669
722	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981
723	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458
724	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359
725	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373
726	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533
727	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540
728	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991480172
729	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991480189
730	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991499785
731	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991499792
732	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358
733	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341
734	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
735	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579
736	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494
737	Dexamethasonum	Demezón, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178
738	Dexamethasonum	Demezón, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208
739	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763
740	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729
741	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480
742	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879
743	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633
744	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603
745	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382
746	Dexamethasonum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436
747	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
748	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
749	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
750	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
751	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
752	Diazepamum	Relsed, mikrowlewká doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
753	Diazepamum	Relsed, mikrowlewká doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
754	Dienogest	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991405120
755	Dienogestum	Aridya, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991430702
756	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991473341
757	Dienogestum	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991487270
758	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569
759	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576
760	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978
761	Dienogestum	Symdieno, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991392871
762	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962
763	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552
764	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045
765	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069
766	Dornasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp. po 2,5 ml	05909990375813
767	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306
768	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313
769	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05900257101015
770	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
771	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
772	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
773	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
774	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936
775	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943
776	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
777	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
778	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
779	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
780	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
781	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955
782	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705
783	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049
784	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056
785	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291
786	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420
787	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890
788	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255
789	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293
790	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
791	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
792	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
793	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
794	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
795	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
796	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
797	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
798	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
799	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
800	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
801	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
802	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
803	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
804	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
805	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
806	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
807	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
808	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
809	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
810	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820
811	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
812	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
813	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
814	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
815	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	0590999080267
816	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
817	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptin, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497
818	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
819	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
820	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980
821	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997
822	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
823	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
824	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
825	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
826	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776
827	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813
828	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296
829	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210
830	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574
831	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581
832	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644
833	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668
834	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040
835	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636
836	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064
837	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071
838	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239
839	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253
840	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277
841	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321
842	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345
843	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369
844	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745
845	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
846	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172
847	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219
848	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699
849	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688
850	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664
851	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651
852	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540
853	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618
854	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885
855	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946
856	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
857	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
858	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
859	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
860	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
861	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
862	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
863	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
864	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
865	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
866	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
867	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
868	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
869	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581
870	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543
871	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550
872	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567
873	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574
874	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
875	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
876	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
877	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
878	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
879	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
880	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
881	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579
882	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	0383898753160

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
883	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497
884	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975
885	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191
886	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534
887	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999
888	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332
889	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755
890	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363
891	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762
892	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548
893	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280
894	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327
895	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555
896	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778
897	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808
898	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275
899	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282
900	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310
901	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911
902	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828
903	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835
904	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
905	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
906	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
907	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098
908	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853
909	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822
910	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050
911	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839
912	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081
913	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846
914	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193
915	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209
916	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131
917	Fentanylum	Matrifén 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330
918	Fentanylum	Matrifén 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163
919	Fentanylum	Matrifén 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
920	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385
921	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224
922	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503
923	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527
924	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541
925	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558
926	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846
927	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860
928	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068
929	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853
930	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877
931	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075
932	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787
933	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848
934	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
935	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
936	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
937	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
938	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
939	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
940	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
941	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219
942	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871
943	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932
944	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151
945	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617
946	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679
947	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457
948	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488
949	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798
950	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
951	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
952	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
953	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
954	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
955	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
956	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
957	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
958	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672
959	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452
960	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506
961	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445
962	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995
963	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008
964	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022
965	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039
966	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270
967	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287
968	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294
969	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263
970	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533
971	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611
972	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914
973	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512
974	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
975	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
976	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
977	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
978	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
979	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621
980	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509
981	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311
982	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328
983	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214
984	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258
985	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296
986	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612
987	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629
988	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371
989	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720
990	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	05909990933839
991	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
992	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
993	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
994	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
995	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416
996	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423
997	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
998	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515
999	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522
1000	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001
1001	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
1002	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
1003	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
1004	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
1005	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
1006	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
1007	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803
1008	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797
1009	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810
1010	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
1011	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
1012	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
1013	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
1014	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
1015	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
1016	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
1017	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
1018	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
1019	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
1020	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
1021	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
1022	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
1023	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
1024	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
1025	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
1026	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
1027	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
1028	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
1029	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
1030	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1031	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
1032	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
1033	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
1034	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
1035	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
1036	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
1037	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
1038	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
1039	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
1040	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
1041	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
1042	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
1043	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
1044	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827
1045	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728
1046	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
1047	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
1048	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
1049	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
1050	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
1051	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
1052	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287
1053	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294
1054	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
1055	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
1056	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
1057	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000
1058	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
1059	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
1060	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
1061	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
1062	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
1063	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974
1064	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588
1065	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
1066	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
1067	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1068	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
1069	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
1070	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
1071	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
1072	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
1073	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
1074	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087
1075	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542
1076	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658
1077	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216
1078	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
1079	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
1080	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422
1081	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521
1082	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
1083	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
1084	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
1085	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
1086	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
1087	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
1088	Hydrocortisoni acetas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
1089	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
1090	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758
1091	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927
1092	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
1093	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635
1094	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712
1095	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461
1096	Indakaterol + Mometazonu fuoinian	Atecura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531
1097	Indakaterol + Mometazonu fuoinian	Atecura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 µg	30 szt.	07613421045548
1098	Indakaterol + Mometazonu fuoinian	Atecura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524
1099	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
1100	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
1101	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
1102	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
1103	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
1104	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1105	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
1106	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
1107	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
1108	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
1109	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562
1110	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741
1111	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
1112	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
1113	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717
1114	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
1115	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
1116	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
1117	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
1118	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
1119	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
1120	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
1121	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
1122	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
1123	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
1124	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
1125	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
1126	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
1127	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
1128	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
1129	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
1130	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
1131	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
1132	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
1133	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
1134	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
1135	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
1136	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
1137	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
1138	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
1139	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
1140	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
1141	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1142	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
1143	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
1144	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
1145	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
1146	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
1147	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
1148	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
1149	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
1150	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
1151	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
1152	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255
1153	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262
1154	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317
1155	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331
1156	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819
1157	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826
1158	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulát musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
1159	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulát do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
1160	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317
1161	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
1162	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
1163	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694
1164	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05907626701814
1165	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990046485
1166	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553
1167	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593
1168	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551
1169	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582
1170	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612
1171	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506
1172	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05055565743331
1173	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05055565743348
1174	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05055565743355
1175	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05055565743324
1176	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	04260598450540
1177	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	04260598450557
1178	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	04260598450564

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1179	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	04260598450533
1180	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358
1181	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365
1182	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372
1183	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341
1184	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	05909991384234
1185	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	05909991384241
1186	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	05909991384258
1187	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	05909991384197
1188	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505
1189	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
1190	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
1191	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
1192	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
1193	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
1194	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
1195	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
1196	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
1197	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
1198	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
1199	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
1200	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
1201	Lamotriginum	Sympla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
1202	Lamotriginum	Sympla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
1203	Lamotriginum	Sympla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
1204	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817
1205	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032
1206	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045
1207	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076
1208	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
1209	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
1210	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
1211	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
1212	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
1213	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
1214	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
1215	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1216	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
1217	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524
1218	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531
1219	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818
1220	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825
1221	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555
1222	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365
1223	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396
1224	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
1225	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311
1226	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
1227	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
1228	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
1229	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
1230	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
1231	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
1232	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458
1233	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465
1234	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213
1235	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609
1236	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
1237	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
1238	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990977826
1239	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482
1240	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399
1241	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990977925
1242	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138
1243	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145
1244	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05995327191980
1245	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05995327192031
1246	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05995327192079
1247	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604
1248	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388
1249	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628
1250	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466
1251	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651
1252	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1253	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
1254	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200
1255	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224
1256	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231
1257	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755
1258	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
1259	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379
1260	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
1261	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
1262	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
1263	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492
1264	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577
1265	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591
1266	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652
1267	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
1268	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
1269	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
1270	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957
1271	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060
1272	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183
1273	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
1274	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
1275	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
1276	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986
1277	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037
1278	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856
1279	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894
1280	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
1281	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
1282	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135
1283	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180
1284	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203
1285	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258
1286	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272
1287	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
1288	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
1289	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1290	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602
1291	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640
1292	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886
1293	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841
1294	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
1295	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
1296	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858
1297	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872
1298	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889
1299	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926
1300	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
1301	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
1302	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
1303	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956
1304	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052
1305	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151
1306	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014
1307	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	08595566452292
1308	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929
1309	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936
1310	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943
1311	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600
1312	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186
1313	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475
1314	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
1315	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726
1316	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733
1317	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129
1318	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
1319	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133
1320	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140
1321	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807
1322	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627
1323	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267
1324	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034
1325	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912
1326	Levothyroxinum natriicum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1327	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
1328	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
1329	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
1330	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
1331	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
1332	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
1333	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
1334	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
1335	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
1336	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
1337	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
1338	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
1339	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
1340	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
1341	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
1342	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
1343	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
1344	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
1345	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
1346	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
1347	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
1348	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
1349	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
1350	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
1351	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
1352	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
1353	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
1354	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
1355	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
1356	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160
1357	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
1358	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
1359	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
1360	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
1361	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122
1362	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023
1363	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1364	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
1365	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
1366	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343
1367	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350
1368	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233
1369	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318
1370	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
1371	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
1372	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
1373	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
1374	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018
1375	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110
1376	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
1377	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
1378	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990638659
1379	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990649112
1380	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909990649129
1381	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990818914
1382	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991296940
1383	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654
1384	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905
1385	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345
1386	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118
1387	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
1388	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
1389	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva B.V., tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991560768
1390	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva B.V., tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991560775
1391	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva B.V., tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991560782
1392	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670
1393	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762
1394	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878
1395	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615
1396	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101
1397	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963
1398	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
1399	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883
1400	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1401	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527
1402	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568
1403	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575
1404	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514
1405	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
1406	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
1407	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
1408	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1409	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1410	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1411	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1412	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813
1413	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315
1414	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184
1415	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989
1416	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1417	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	0590999062111
1418	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815
1419	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1420	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1421	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1422	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1423	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430
1424	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1425	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1426	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117
1427	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
1428	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1429	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1430	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1431	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1432	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1433	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1434	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
1435	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
1436	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1437	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1438	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1439	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1440	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990765386
1441	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1442	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1443	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990765409
1444	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722
1445	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654
1446	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708
1447	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1448	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1449	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
1450	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1451	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1452	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1453	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1454	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1455	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1456	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1457	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1458	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032
1459	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
1460	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751
1461	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
1462	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1463	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436
1464	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1465	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1466	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198
1467	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1468	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1469	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1470	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1471	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1472	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1473	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
1474	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1475	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1476	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
1477	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1478	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1479	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1480	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
1481	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
1482	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1483	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1484	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1485	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	08595566456214
1486	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	08595566456245
1487	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	08595566456252
1488	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	08595566456283
1489	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	08595566455996
1490	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	08595566456023
1491	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	08595566456139
1492	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	08595566456146
1493	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	08595566456177
1494	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110
1495	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977
1496	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042
1497	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1498	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
1499	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331
1500	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236
1501	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348
1502	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335
1503	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
1504	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
1505	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
1506	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
1507	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
1508	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
1509	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
1510	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763
1511	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1512	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701
1513	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
1514	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749
1515	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558
1516	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572
1517	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473
1518	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497
1519	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510
1520	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534
1521	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909991488345
1522	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991488376
1523	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991488390
1524	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991488413
1525	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991488086
1526	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991488116
1527	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991488147
1528	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991488161
1529	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991488215
1530	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253
1531	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277
1532	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909991488291
1533	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1534	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
1535	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
1536	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
1537	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1538	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1539	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1540	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1541	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323
1542	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1543	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378
1544	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1545	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453
1546	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1547	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1548	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1549	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1550	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
1551	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1552	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1553	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1554	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1555	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
1556	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1557	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1558	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
1559	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1560	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1561	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
1562	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1563	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1564	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1565	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1566	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
1567	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
1568	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
1569	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1570	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1571	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
1572	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
1573	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1574	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1575	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1576	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1577	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
1578	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
1579	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
1580	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
1581	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
1582	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607
1583	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570
1584	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051
1585	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1586	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082
1587	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099
1588	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112
1589	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129
1590	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143
1591	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150
1592	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174
1593	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181
1594	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235
1595	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242
1596	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297
1597	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303
1598	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020
1599	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037
1600	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021
1601	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038
1602	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198
1603	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204
1604	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181
1605	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235
1606	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242
1607	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259
1608	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266
1609	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
1610	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
1611	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215
1612	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123
1613	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
1614	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
1615	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
1616	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
1617	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
1618	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
1619	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
1620	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483
1621	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948
1622	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1623	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051
1624	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391
1625	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655
1626	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311
1627	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618
1628	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625
1629	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990883813
1630	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242
1631	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525
1632	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blister po 30 szt.)	05909990157716
1633	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blister po 30 szt.)	05909990157822
1634	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991449599
1635	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991449568
1636	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991449575
1637	Midazolamum	Buccolam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991449582
1638	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 10 mg/2ml	4 amp.-strzyk. po 2 ml	05909991500269
1639	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 2,5 mg/0,5 ml	4 amp.-strzyk. po 0,5 ml	05909991500207
1640	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 5 mg/1 ml	4 amp.-strzyk. po 1 ml	05909991500221
1641	Midazolamum	Soloxelam, roztwór do stosowania w jamie ustnej, 7,5 mg/1,5 ml	4 amp.-strzyk. po 1,5 ml	05909991500245
1642	mieszanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419
1643	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 10 lub 300 IR/ml	3 fiol. po 10 ml	05909991061210
1644	Mieszanki wyciągów alergenowych roztoczy kurzu domowego (350 Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae)	Staloral 300, roztwór do stosowania podjęzykowego, 300 IR/ml	2 fiol. po 10 ml	05909991061227
1645	Mometasoni fluoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366
1646	Mometasoni fluoras	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
1647	Mometasoni fluoras	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004
1648	Mometasoni fluoras	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
1649	Mometasoni fluoras	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
1650	Mometasoni fluoras	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
1651	Mometasoni fluoras	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
1652	Mometasoni fluoras	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
1653	Mometasoni fluoras	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275
1654	Mometasoni fluoras	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688
1655	Mometasoni fluoras	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695
1656	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blister po 14 szt.)	05909990670758
1657	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1658	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
1659	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
1660	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
1661	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
1662	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
1663	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
1664	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
1665	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243
1666	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
1667	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
1668	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255
1669	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858
1670	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235
1671	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
1672	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
1673	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481
1674	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266
1675	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013
1676	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991472023
1677	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991472030
1678	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
1679	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
1680	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
1681	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090
1682	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
1683	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
1684	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
1685	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
1686	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300
1687	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827
1688	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121
1689	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220
1690	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926
1691	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022
1692	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
1693	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
1694	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1695	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534
1696	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633
1697	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336
1698	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435
1699	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902
1700	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425
1701	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614
1702	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918
1703	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515
1704	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472
1705	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993
1706	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990715268
1707	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185
1708	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208
1709	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
1710	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1711	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1712	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
1713	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
1714	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
1715	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
1716	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
1717	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404
1718	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435
1719	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442
1720	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
1721	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
1722	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
1723	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186
1724	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099
1725	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143
1726	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
1727	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
1728	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438
1729	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536
1730	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515
1731	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1732	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	10 szt.	05909991023782
1733	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909991023799
1734	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	30 szt.	05909991023805
1735	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836
1736	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371
1737	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364
1738	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166
1739	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912
1740	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418
1741	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sas.z.po 2 g	05909991040338
1742	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711
1743	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612
1744	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513
1745	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913
1746	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715
1747	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781
1748	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743
1749	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106
1750	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343
1751	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300
1752	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592
1753	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622
1754	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076
1755	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666
1756	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649
1757	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526
1758	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475
1759	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499
1760	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512
1761	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451
1762	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
1763	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
1764	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365
1765	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593
1766	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341
1767	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586
1768	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1769	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616
1770	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402
1771	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609
1772	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956
1773	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021
1774	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901
1775	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467
1776	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481
1777	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498
1778	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443
1779	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870
1780	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052
1781	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901
1782	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895
1783	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218
1784	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126
1785	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260
1786	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539
1787	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186
1788	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253
1789	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246
1790	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239
1791	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805
1792	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782
1793	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367
1794	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374
1795	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241
1796	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258
1797	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000
1798	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265
1799	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910
1800	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991530945
1801	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991530969
1802	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343
1803	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350
1804	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265
1805	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1806	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942
1807	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258
1808	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927
1809	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
1810	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911
1811	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812
1812	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
1813	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
1814	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958
1815	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
1816	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
1817	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
1818	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
1819	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
1820	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123
1821	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061
1822	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
1823	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570
1824	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826
1825	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078
1826	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
1827	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
1828	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
1829	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
1830	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610
1831	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013
1832	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184
1833	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737
1834	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744
1835	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751
1836	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768
1837	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603
1838	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917
1839	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177
1840	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
1841	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
1842	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1843	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
1844	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
1845	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
1846	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
1847	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
1848	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
1849	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
1850	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
1851	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
1852	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
1853	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
1854	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
1855	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
1856	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303
1857	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
1858	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
1859	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
1860	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709
1861	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011
1862	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716
1863	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581
1864	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723
1865	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635
1866	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693
1867	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816
1868	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647
1869	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661
1870	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630
1871	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513
1872	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438
1873	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353
1874	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599
1875	Omeprazolom	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425
1876	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779
1877	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809
1878	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225
1879	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1880	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544
1881	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663
1882	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612
1883	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629
1884	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654
1885	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324
1886	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695
1887	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442
1888	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779
1889	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731
1890	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667
1891	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933
1892	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753
1893	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739
1894	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298
1895	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359
1896	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510
1897	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044
1898	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150
1899	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717
1900	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016
1901	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811
1902	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910
1903	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809
1904	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823
1905	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854
1906	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
1907	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
1908	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615
1909	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714
1910	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
1911	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
1912	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184
1913	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191
1914	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
1915	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
1916	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1917	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
1918	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
1919	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
1920	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
1921	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
1922	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
1923	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
1924	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827
1925	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865
1926	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902
1927	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742
1928	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940
1929	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164
1930	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
1931	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
1932	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814
1933	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525
1934	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418
1935	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532
1936	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767
1937	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774
1938	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842
1939	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859
1940	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399
1941	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337
1942	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033
1943	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643
1944	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640
1945	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732
1946	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003
1947	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041
1948	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089
1949	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126
1950	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789
1951	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796
1952	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521
1953	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1954	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761
1955	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371
1956	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853
1957	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418
1958	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897
1959	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941
1960	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184
1961	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320
1962	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974
1963	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981
1964	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209
1965	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907
1966	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188
1967	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759
1968	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631
1969	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927
1970	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934
1971	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334
1972	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681
1973	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372
1974	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100
1975	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179
1976	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990126217
1977	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
1978	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453
1979	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
1980	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838
1981	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422
1982	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
1983	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141
1984	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
1985	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
1986	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
1987	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029
1988	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223
1989	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923
1990	Phenoxymetylopicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1991	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212
1992	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
1993	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
1994	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310
1995	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152
1996	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743
1997	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562
1998	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059
1999	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
2000	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699
2001	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
2002	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668
2003	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
2004	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
2005	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
2006	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
2007	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
2008	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321
2009	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390
2010	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352
2011	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338
2012	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345
2013	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352
2014	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383
2015	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406
2016	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420
2017	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338
2018	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345
2019	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444
2020	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
2021	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
2022	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367
2023	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
2024	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299
2025	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
2026	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
2027	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2028	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
2029	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
2030	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
2031	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
2032	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
2033	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072
2034	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839
2035	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
2036	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004
2037	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
2038	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
2039	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
2040	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
2041	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
2042	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
2043	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
2044	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004
2045	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123
2046	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909991033507
2047	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg	50 szt.	05909991033590
2048	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
2049	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
2050	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
2051	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
2052	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 100 mg	60 tabl.	05909990910762
2053	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 200 mg	60 tabl.	05909990910779
2054	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 25 mg	30 tabl.	05909990897780
2055	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319
2056	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371
2057	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432
2058	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853
2059	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163
2060	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389
2061	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309
2062	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562
2063	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593
2064	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2065	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420
2066	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468
2067	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505
2068	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543
2069	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383
2070	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	100 szt.	05909990058785
2071	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990081233
2072	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	100 szt.	05909990058761
2073	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990081196
2074	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 25 mg	100 szt.	05909990058808
2075	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990779062
2076	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990430857
2077	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990430888
2078	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990430840
2079	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901
2080	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963
2081	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020
2082	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758
2083	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143
2084	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235
2085	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068
2086	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280
2087	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591
2088	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676
2089	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737
2090	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922
2091	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367
2092	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894
2093	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373
2094	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403
2095	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441
2096	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335
2097	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990688234
2098	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 150 mg	60 szt.	05909990688272
2099	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990688296
2100	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990688241
2101	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990688265

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2102	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870
2103	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887
2104	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856
2105	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590
2106	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651
2107	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583
2108	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675
2109	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393
2110	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461
2111	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492
2112	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710
2113	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516
2114	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615
2115	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882
2116	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417
2117	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
2118	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475
2119	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971
2120	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
2121	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
2122	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505
2123	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
2124	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
2125	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
2126	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
2127	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
2128	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703
2129	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
2130	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
2131	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910
2132	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016
2133	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813
2134	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
2135	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
2136	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268
2137	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903
2138	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2139	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305
2140	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
2141	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
2142	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
2143	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
2144	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
2145	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
2146	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
2147	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
2148	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334
2149	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
2150	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303
2151	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
2152	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464
2153	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
2154	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
2155	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
2156	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
2157	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
2158	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100
2159	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348
2160	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
2161	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750
2162	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475
2163	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
2164	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
2165	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448
2166	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523
2167	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398
2168	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535
2169	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
2170	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
2171	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
2172	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
2173	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
2174	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
2175	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2176	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
2177	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
2178	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
2179	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
2180	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
2181	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
2182	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
2183	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
2184	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
2185	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138
2186	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258
2187	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265
2188	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272
2189	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289
2190	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296
2191	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481
2192	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344
2193	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252
2194	Risperidonum	Risperidon Vipham, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146
2195	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 zestaw	05909991457952
2196	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	1 zestaw	05909991457921
2197	Risperidonum	Risperidone Teva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 zestaw	05909991457891
2198	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524
2199	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548
2200	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487
2201	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500
2202	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555
2203	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579
2204	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586
2205	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609
2206	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
2207	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
2208	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058029

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2209	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828
2210	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413
2211	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512
2212	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611
2213	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710
2214	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683
2215	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737
2216	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935
2217	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031
2218	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932
2219	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849
2220	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994
2221	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863
2222	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883
2223	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906
2224	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920
2225	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875
2226	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184
2227	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337
2228	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375
2229	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141
2230	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799
2231	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605
2232	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612
2233	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158
2234	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812
2235	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984
2236	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991496579
2237	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991496586
2238	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991509415
2239	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165
2240	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103
2241	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775
2242	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604
2243	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950
2244	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659
2245	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2246	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673
2247	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574
2248	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674
2249	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698
2250	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759
2251	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773
2252	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841
2253	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865
2254	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599
2255	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636
2256	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079
2257	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086
2258	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093
2259	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062
2260	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250
2261	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304
2262	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380
2263	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403
2264	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458
2265	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533
2266	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588
2267	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663
2268	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687
2269	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724
2270	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786
2271	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892
2272	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106
2273	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182
2274	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743
2275	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781
2276	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873
2277	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927
2278	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009
2279	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061
2280	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606
2281	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
2282	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2283	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
2284	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
2285	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
2286	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
2287	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
2288	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
2289	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753
2290	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
2291	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
2292	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
2293	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785
2294	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079
2295	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333
2296	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839
2297	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109
2298	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340
2299	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990777853
2300	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914
2301	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010
2302	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881
2303	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
2304	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928
2305	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826
2306	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
2307	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
2308	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424
2309	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431
2310	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
2311	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
2312	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099
2313	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991551636
2314	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991551551
2315	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739
2316	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654
2317	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317
2318	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991483807
2319	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2320	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685
2321	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692
2322	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368
2323	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990804375
2324	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344
2325	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990804351
2326	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615
2327	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622
2328	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660
2329	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516
2330	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523
2331	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561
2332	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621
2333	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690
2334	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163
2335	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040
2336	Sertralinum	Setaloft 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963
2337	Sertralinum	Setaloft 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925
2338	Sertralinum	Zoloft, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215
2339	Sertralinum	Zoloft, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116
2340	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472
2341	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982
2342	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279
2343	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286
2344	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293
2345	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532
2346	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990649655
2347	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110
2348	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219
2349	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318
2350	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990941025
2351	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990941124
2352	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650
2353	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667
2354	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273
2355	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297
2356	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2357	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591
2358	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812
2359	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829
2360	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031
2361	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616
2362	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715
2363	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838
2364	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012
2365	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111
2366	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714
2367	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114
2368	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213
2369	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215
2370	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314
2371	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913
2372	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026
2373	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124
2374	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645
2375	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990895210
2376	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613
2377	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118
2378	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
2379	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
2380	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
2381	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
2382	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
2383	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
2384	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651
2385	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
2386	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
2387	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
2388	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	20 szt.	08595566454715
2389	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	08595566454760
2390	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513
2391	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414
2392	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2393	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 100+300 IR	31 szt.	05909991484194
2394	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	30 szt.	05909991484170
2395	Standaryzowane wyciągi alergenów roztoczy kurzu domowego Dermatophagoides pteronyssinus i Dermatophagoides farinae	Actair, tabl. podjęzykowe, 300 IR	90 szt.	05909991484187
2396	Standaryzowany wyciąg alergenowy roztoczy kurzu domowego (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farina)	Acarizax, liofilizat podjęzykowy, 12 SQ-HDM	30 szt.	05909991257521
2397	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232
2398	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263
2399	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294
2400	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331
2401	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719
2402	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304
2403	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000
2404	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161
2405	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426
2406	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847
2407	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610
2408	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219
2409	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
2410	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
2411	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
2412	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
2413	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
2414	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
2415	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
2416	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217
2417	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
2418	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
2419	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
2420	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314
2421	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
2422	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
2423	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawiesina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strz.	05909990064748
2424	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052
2425	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076
2426	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2427	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137
2428	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489
2429	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571
2430	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533
2431	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024
2432	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000
2433	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048
2434	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031
2435	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017
2436	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709
2437	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730
2438	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754
2439	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761
2440	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713
2441	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213
2442	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312
2443	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
2444	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
2445	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
2446	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
2447	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
2448	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
2449	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
2450	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
2451	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
2452	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861
2453	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908
2454	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960
2455	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991
2456	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713
2457	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720
2458	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991036768
2459	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991036867
2460	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991229801
2461	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
2462	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003
2463	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2464	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
2465	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
2466	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
2467	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
2468	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
2469	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095
2470	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082
2471	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
2472	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
2473	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
2474	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
2475	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
2476	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150
2477	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
2478	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
2479	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
2480	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
2481	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
2482	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
2483	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628
2484	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
2485	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864
2486	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871
2487	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901
2488	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580
2489	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
2490	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697
2491	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
2492	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
2493	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
2494	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
2495	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
2496	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
2497	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
2498	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
2499	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
2500	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2501	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
2502	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
2503	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
2504	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
2505	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511
2506	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839
2507	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846
2508	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822
2509	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016
2510	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
2511	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245
2512	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821
2513	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214
2514	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486
2515	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495
2516	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464
2517	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488
2518	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471
2519	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169
2520	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084
2521	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145
2522	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990759019
2523	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990759118
2524	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990758814
2525	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990758913
2526	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671496
2527	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502
2528	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990671472
2529	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489
2530	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612
2531	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629
2532	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636
2533	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711
2534	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728
2535	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735
2536	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810
2537	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2538	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834
2539	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
2540	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
2541	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
2542	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300
2543	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819
2544	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
2545	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
2546	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213
2547	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220
2548	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237
2549	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312
2550	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329
2551	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336
2552	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691
2553	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707
2554	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411
2555	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428
2556	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435
2557	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303
2558	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334
2559	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341
2560	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616
2561	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913
2562	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920
2563	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814
2564	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821
2565	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167
2566	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923
2567	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595
2568	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930
2569	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
2570	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
2571	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
2572	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595
2573	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601
2574	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2575	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287
2576	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294
2577	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300
2578	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076
2579	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060
2580	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077
2581	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
2582	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
2583	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
2584	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
2585	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230
2586	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247
2587	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254
2588	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457
2589	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488
2590	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563
2591	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
2592	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
2593	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
2594	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
2595	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619
2596	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
2597	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
2598	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
2599	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
2600	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
2601	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106
2602	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
2603	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
2604	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
2605	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
2606	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
2607	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
2608	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524
2609	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623
2610	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antymien powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2611	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381
2612	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991345815
2613	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991345785
2614	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763
2615	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695
2616	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990751877
2617	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990751594
2618	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067
2619	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081
2620	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159
2621	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961
2622	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985
2623	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990682065
2624	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990681877
2625	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990074969
2626	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983
2627	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990
2628	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147
2629	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	30 szt.	05909991483036
2630	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990074945
2631	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853
2632	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860
2633	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608
2634	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455
2635	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
2636	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
2637	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480
2638	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459
2639	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
2640	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
2641	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
2642	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
2643	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901
2644	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
2645	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
2646	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
2647	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2648	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650
2649	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990660636
2650	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643
2651	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
2652	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
2653	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
2654	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
2655	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883
2656	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
2657	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
2658	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
2659	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
2660	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
2661	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
2662	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
2663	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711
2664	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
2665	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
2666	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
2667	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
2668	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
2669	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
2670	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
2671	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
2672	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
2673	Venlafaxinum	Symfaxin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096
2674	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
2675	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
2676	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
2677	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
2678	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
2679	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
2680	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
2681	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
2682	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419
2683	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211
2684	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2685	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712
2686	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818
2687	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177
2688	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536
2689	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
2690	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382
2691	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
2692	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
2693	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228
2694	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212
2695	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229
2696	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729
2697	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828

D 2. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920	
4	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	
5	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	
6	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675	
7	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736	
8	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	
9	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	
10	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	
11	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014	
12	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113	
13	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229	
14	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	
15	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	
16	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	
17	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	
18	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	
19	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517	
20	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	
21	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	
22	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabl. dojel., 180 mg	120 szt.	05909991227272	
23	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	
24	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	
25	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	
26	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	
27	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794	
28	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	
29	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	
30	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	
31	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt.	05909990694327	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
32	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909990694426	
33	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	
34	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	
35	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	
36	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	
37	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	
38	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	
39	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	
40	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163	
41	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Noridem, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05208063003388	
42	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	
43	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	
44	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	
45	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	
46	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	
47	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	
48	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	
49	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	
50	Agomelatinum	Agolek, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991388768	
51	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05901720140494	
52	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	09008732009293	
53	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05995327174952	
54	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	56 szt.	05995327174969	
55	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	03838989699352	
56	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	
57	Alfuzosini hydrochloridum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990746576	
58	Alfuzosini hydrochloridum	Alfurion, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
59	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	
60	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990837816	
61	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	
62	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228	
63	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	
64	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	
65	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt.	05907626706604	
66	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	
67	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502	
68	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519	
69	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540	
70	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564	
71	Allopurinolum	Dnor, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991508616	
72	Allopurinolum	Dnor, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991508654	
73	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212	
74	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819	
75	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	
76	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	
77	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	
78	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818	
79	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	
80	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	
81	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	
82	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	
83	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996	
84	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	
85	Amisulpridum	Amisan, tabl., 50 mg	60 szt.	05909990762880	
86	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990936557	
87	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990936502	
88	Amisulpridum	Amisulpryd Holsten, tabl., 200 mg	60 szt.	05909991512897	
89	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649	
90	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
91	Amisulpridum	Masultab, tabl., 200 mg	30 szt.	09008732013207	
92	Amisulpridum	Masultab, tabl., 400 mg	30 szt.	09008732013214	
93	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915	
94	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011	
95	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991466114	
96	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991471248	
97	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991520250	
98	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	
99	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	
100	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	
101	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	
102	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991322816	
103	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	
104	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	
105	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991067540	
106	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	
107	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067533	
108	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	
109	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	
110	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	
111	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	
112	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	
113	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	
114	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	
115	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 10 mg	30 szt.	08595566452827	
116	Amlodipinum	Amlodipine Medreg, tabl., 5 mg	30 szt.	08595566452926	
117	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	
118	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991464462	
119	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991478148	
120	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511449	
121	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	
122	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	
123	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	
124	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
125	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311	
126	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	
127	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	
128	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	
129	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	
130	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	
131	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	
132	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	
133	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	
134	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	
135	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	
136	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	
137	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	
138	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	
139	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	
140	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	
141	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	
142	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	
143	Amlodipinum + Valsartanum	Sarpin, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991293888	
144	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	05907626709339	
145	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	
146	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	
147	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	
148	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	
149	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	
150	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	
151	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	
152	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	
153	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	
154	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	
155	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
156	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	
157	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258	
158	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	
159	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	
160	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	
161	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	
162	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	
163	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	
164	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	
165	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	
166	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	
167	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	
168	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	
169	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	07613421046934	
170	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	07613421046941	
171	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabł. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	
172	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tabł. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	
173	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 35 ml	05909990894819	
174	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990894826	
175	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990894833	
176	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	
177	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	
178	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	
179	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	
180	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
181	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but a 50 ml	05901797711108	
182	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05901797711115	
183	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	
184	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH Extra, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909991343279	
185	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	
186	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	
187	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 szt.	05903060615908	
188	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	
189	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	
190	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	
191	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	100 ml	05909990614318	
192	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	
193	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	
194	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	
195	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	
196	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990744800	
197	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	
198	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	
199	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	
200	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	
201	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	
202	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	
203	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	
204	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	
205	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991474027	
206	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991474034	
207	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	
208	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
209	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	
210	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	
214	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	
215	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802432	
216	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082162	
217	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991529468	
218	Anastrozolum	Anastrozole Eugia, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991457808	
219	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990756711	
220	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029	
221	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082148	
222	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040	
223	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396	
224	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	
225	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	
226	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	
227	Aprepitantum	Aprepitant Viatrix, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	
228	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 10 mg	56 szt.	05038256002573	
229	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	
230	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	
231	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	
232	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	
233	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	
234	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05909990002337	
235	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 30 mg	56 szt.	05909990002382	
236	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168	
237	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175	
238	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199	
239	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
240	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266	
241	Aripiprazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273	
242	Aripiprazolum	Apiprax, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991279691	
243	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	
244	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	
245	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	
246	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	
247	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	
248	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	
249	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	
250	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	
251	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	
252	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	
253	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	
254	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	
255	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	
256	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	
257	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	
258	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	
259	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	
260	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	
261	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	
262	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526	
263	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	
264	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	
265	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	
266	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	
267	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	
268	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	
269	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
270	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	
271	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	
272	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	
273	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	
274	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	
275	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	
276	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	
277	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	
278	Aripiprazolum	Aryfenix, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991476762	
279	Aripiprazolum	Aryfenix, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991476946	
280	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	
281	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	
282	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991511531	
283	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991511555	
284	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	
285	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	
286	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	
287	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991205034	
288	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696	
289	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	
290	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991236908	
291	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	
292	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	
293	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991236984	
294	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991518141	
295	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991518158	
296	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991518202	
297	Aripiprazolum	Tractiva, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991518127	
298	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586	
299	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609	
300	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647	
301	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647	
302	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815	
303	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173	
304	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
305	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806	
306	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282	
307	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299	
308	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464	
309	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471	
310	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990623488	
311	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336	
312	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374	
313	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991321611	
314	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991321710	
315	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896	
316	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902	
317	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919	
318	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926	
319	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933	
320	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940	
321	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053	
322	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920	
323	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951	
324	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975	
325	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275	
326	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305	
327	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336	
328	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459	
329	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991501655	
330	Atorvastatinum	Atorvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991501662	
331	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991444686	
332	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991444730	
333	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991444747	
334	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	08595566453541	
335	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991444792	
336	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	08595566453589	
337	Atorvastatinum	Atorvastatin Medreg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991444853	
338	Atorvastatinum	Atorvastaterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847	
339	Atorvastatinum	Atorvastaterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
340	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028	
341	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298	
342	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400	
343	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530	
344	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547	
345	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991479992	
346	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137	
347	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359	
348	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618	
349	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144	
350	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366	
351	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717	
352	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151	
353	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373	
354	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816	
355	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383	
356	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508	
357	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990905539	
358	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990905553	
359	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638	
360	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990905652	
361	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990905676	
362	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782	
363	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990905805	
364	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990905867	
365	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097	
366	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103	
367	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976	
368	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134	
369	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042	
370	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141	
371	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290	
372	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368	
373	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436	
374	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
375	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990957071	
376	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161	
377	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178	
378	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185	
379	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208	
380	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814	
381	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821	
382	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838	
383	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913	
384	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920	
385	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937	
386	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911	
387	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935	
388	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997	
389	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	
390	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	
391	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	
392	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816	
393	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412	
394	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518	
395	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876	
396	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738	
397	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752	
398	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030	
399	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	
400	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml	05907626702682	
401	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	
402	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	
403	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319	
404	Azithromycinum	Azycyna, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990073566	
405	Azithromycinum	Azycyna, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
406	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421	
407	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520	
408	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608	
409	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	
410	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	
411	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	
412	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	
413	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214	
414	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417	
415	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990058747	
416	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronium	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	
417	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Airiam, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 120 daw.	05909991503505	
418	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Formodual, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	08025153006800	
419	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909990054152	
420	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	1 inh.po 180 daw.	08025153003144	
421	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex Nexthaler, proszek do inhalacji, podzielony, 100+6 µg/dawkę	2 inh.po 180 daw.	08025153003205	
422	Beclometasoni dipropionas anhydricus + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	1 poj.po 180 daw.	05909991245696	
423	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	
424	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	
425	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 ampulek po 1 ml	05909990121625	
426	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	
427	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990186518	
428	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	
429	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	
430	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	
431	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
432	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	
433	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but. po 3 ml	05909991310769	
434	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but. po 3 ml	05909991310776	
435	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	
436	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	
437	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	
438	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	
439	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	
440	Biperideni hydrochloridum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	
441	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	
442	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529	
443	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420	
444	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991197049	
445	Bisoprololi fumaras	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991197056	
446	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991197063	
447	Bisoprololi fumaras	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991197070	
448	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991152017	
449	Bisoprololi fumaras	Bisoprolol VP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991151911	
450	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	
451	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	
452	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852	
453	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990633869	
454	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791	
455	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990633807	
456	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991499501	
457	Bisoprololi fumaras	Corsib, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991499600	
458	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523	
459	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554	
460	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400	
461	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448	
462	Brimonidini tartas	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990865024	
463	Brimonidini tartas	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	
464	Brimonidini tartas	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
465	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991379483	
466	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991379490	
467	Brimonidini tartras	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641	
468	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	
469	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	
470	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386	
471	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	
472	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991223588	
473	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	
474	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333	
475	Bromocriptinum	Bromocorn, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913	
476	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	
477	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	
478	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	
479	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	
480	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	
481	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337354	
482	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw.	05909990337323	
483	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw.	05909990337286	
484	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	
485	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991204082	
486	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	
487	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991203986	
488	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169	
489	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	
490	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	
491	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedł. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	
492	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
493	Budesonidum	Jorveza, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	90 szt.	04032717994439	
494	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	
495	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	
496	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	
497	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332	
498	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349	
499	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	
500	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	
501	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615	
502	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714	
503	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813	
504	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	
505	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866	
506	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047	
507	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	
508	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458	
509	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625	
510	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932	
511	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963	
512	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620971	
513	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988	
514	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh. po 60 daw.	05903060620995	
515	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	
516	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241	
517	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
518	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aeroszol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	
519	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635	
520	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642	
521	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	
522	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	
523	Buprenorphinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	
524	Buprenorphinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 35 µg/h (20 mg)	5 szt.	05909990966127	
525	Buprenorphinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 52,5 µg/h (30 mg)	5 szt.	05909990966226	
526	Buprenorphinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 70 µg/h (40 mg)	5 szt.	05909990966325	
527	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	
528	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	
529	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919	
530	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	
531	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	
532	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	
533	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	
534	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	
535	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	03830070472080	
536	Calcipotriolum + Betamethasonum	Duosone, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	03830070472097	
537	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	
538	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	
539	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	
540	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,25 µg	90 szt.	05907464420816	
541	Calcitriolum	Detriol, kaps. miękkie, 0,5 µg	90 szt.	05907464420823	
542	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991096106	
543	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991499655	
544	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990937172	
545	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	
546	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	
547	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	
548	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	
549	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
550	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991496456	
551	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991496463	
552	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990937264	
553	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991438876	
554	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	
555	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	
556	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	
557	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	
558	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990937080	
559	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	
560	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 16 mg	30 szt.	08595566454364	
561	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 32 mg	30 szt.	08595566454449	
562	Candesartanum cilexetili	Casaro, tabl., 8 mg	30 szt.	08595566454289	
563	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	
564	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	
565	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	
566	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	30 szt.	05909991475680	
567	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	60 szt.	05909991475697	
568	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475505	
569	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991475758	
570	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	
571	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	30 szt.	05909991475666	
572	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	60 szt.	05909991475673	
573	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	
574	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	
575	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	
576	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	
577	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	
578	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140	
579	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171	
580	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089	
581	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119	
582	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027	
583	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058	
584	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
585	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990	
586	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	
587	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	
588	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	
589	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	
590	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991506391	
591	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991506445	
592	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	
593	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	
594	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	
595	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	
596	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	08595566454555	
597	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Casaro HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	08595566454630	
598	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	KarbiCombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991464011	
599	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	KarbiCombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	
600	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	KarbiCombi, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991463908	
601	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990739653	
602	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	
603	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990739592	
604	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209	
605	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230	
606	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179	
607	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	
608	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	
609	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
610	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	
611	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	
612	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991057596	
613	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991058609	
614	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	
615	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	
616	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	
617	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	
618	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	
619	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	
620	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	
621	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	
622	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	
623	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	
624	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	
625	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	
626	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	
627	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	
628	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	
629	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	
630	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	
631	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	
632	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
633	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909991337056	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne;
634	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne;
635	Cariprazinum	Reagila, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909991337230	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne;
636	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430	
637	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	
638	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454	
639	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099	
640	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129	
641	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051	
642	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148	
643	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	
644	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100	
645	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019	
646	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	
647	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814	
648	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913	
649	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505	
650	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	
651	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604	
652	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315	
653	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990687909	
654	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt.	05909990687930	
655	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990687862	
656	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt.	05909990687879	
657	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990687886	
658	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt.	05909990687893	
659	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	
660	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	
661	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	
662	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. 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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
663	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137411	
664	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137428	
665	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990137510	
666	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990137527	
667	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 75 ml	05909990775910	
668	Cefaclorum	Ceclor, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990775927	
669	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	
670	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	
671	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	
672	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	
673	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840	
674	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857	
675	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697	
676	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703	
677	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145	
678	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152	
679	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183	
680	Cefuroximum	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190	
681	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991312831	
682	Cefuroximum	Cefuroxime Axetil Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991312855	
683	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	
684	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	
685	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	
686	Cefuroximum	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	
687	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991263331	
688	Cefuroximum	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991263355	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
689	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 250 mg	20 szt.	05909991263362	
690	Cefuroxim	Ceroxim, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909991263416	
691	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386	
692	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409	
693	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	
694	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	
695	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	
696	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990216383	
697	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946	
698	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390	
699	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953	
700	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991471620	
701	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991471637	
702	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909991526108	
703	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	8 szt.	05909991526115	
704	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	
705	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	
706	Cefuroxim	Zinnat, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812	
707	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213	
708	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312	
709	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411	
710	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435	
711	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575	
712	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991418212	
713	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991425203	
714	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093	
715	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077	
716	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118	
717	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932	
718	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949	
719	Cefuroxim	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641	
720	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991458997	
721	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909991459062	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
722	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909991459093	
723	Cenobamate	Ontozry, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991458966	
724	Cenobamate	Ontozry, tabl; tabl. powł., 12,5 mg; 25 mg	28 szt. (14 tabl. powł. 25 mg + 14 tabl. 12,5 mg)	05909991459161	
725	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729	
726	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736	
727	Cetirizini dihydrochloridum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793	
728	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	
729	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	
730	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441	
731	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250	
732	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725	
733	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	
734	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909991457020	
735	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	75 ml	05909990781515	
736	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637	
737	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	
738	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991139582	
739	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909991474409	
740	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Hasco, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909991474416	
741	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	
742	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	
743	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	
744	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	
745	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	
746	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447	
747	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454	
748	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	
749	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	
750	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	
751	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	
752	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	
753	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	
754	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
755	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991460679	
756	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909991480424	
757	Ciclosporinum	Ikervis, krople do oczu, emulsja, 1 mg/ml	30 poj. 0,3 ml	04987084303585	
758	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	
759	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	
760	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	
761	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	
762	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	
763	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667	
764	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780	
765	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803	
766	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414	
767	Ciprofloxacinum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216	
768	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514	
769	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964	
770	Ciprofloxacinum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012	
771	Ciprofloxacinum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613	
772	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626	
773	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010	
774	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546	
775	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	
776	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	
777	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	
778	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	
779	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990081165	
780	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532	
781	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549	
782	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990331710	
783	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990331727	
784	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 60 ml	05909990780624	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
785	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	
786	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819	
787	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826	
788	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419	
789	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117	
790	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416	
791	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438	
792	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520	
793	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537	
794	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544	
795	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207	
796	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	
797	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	
798	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	
799	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	
800	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	
801	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928	
802	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800	
803	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	
804	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916	
805	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012	
806	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615	
807	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	
808	Clopidamidum	Clopidamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	
809	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990754748	
810	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949	
811	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005	
812	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991448318	
813	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011	
814	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990625826	
815	Clopidogrelum	Clopidogrel Aurovitas, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991492205	
816	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990768141	
817	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991029388	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
818	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990727667	
819	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990793730	
820	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990762729	
821	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05901878600475	
822	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382	
823	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219	
824	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715	
825	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	
826	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 szt.	05909991327736	
827	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	
828	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	
829	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	
830	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443	
831	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382	
832	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	
833	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1,2 j./g	20 g	05909990015412	
834	Conestatum alfa	Ruconest, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2100 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do podawania	08718309680077	
835	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	
836	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt.	05909990240814	
837	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476	
838	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483	
839	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108	
840	Dabigatranum etexilatatum	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991508760	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
841	Dabigatranum etexilatatum	Dabigatran Eteksylan Stada, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991508791	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
842	Dabigatranum etexilatatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	03838989761783	
843	Dabigatranum etexilatatum	Daxanlo, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	03838989761844	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
844	Dabigatranum etexilatatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	03838989761806	
845	Dabigatranum etexilatatum	Daxanlo, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	03838989761851	dotyczy wyłącznie wskazania: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
846	Dabigatranum etexilatium	Mirexan, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909991507770	
847	Dabigatranum etexilatium	Mirexan, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909991507787	
848	Dabigatranum etexilatium	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	
849	Dabigatranum etexilatium	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	
850	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05907594033252	
851	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05907594033283	
852	Dabigatranum etexilatium	Telexer, kaps. twarde, 150 mg	180 szt.	05907594033306	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
853	Dabigatranum etexilatium	Wasedoc, kaps. twarde, 110 mg	60 szt.	05909991495343	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Żyłne powikłania zakrzepowo-zatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
854	Dabigatranum etexilatium	Wasedoc, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991495374	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia;
855	Danazolium	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	
856	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990975884	
857	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869	
858	Degarelixum	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852	
859	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	
860	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838	
861	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852	
862	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 120 ml	05909990969364	
863	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654	
864	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678	
865	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	
866	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611	
867	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991359454	
868	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991359478	
869	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	08901175035427	
870	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921	
871	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	60 szt.	05902020241669	
872	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	
873	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	
874	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
875	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	
876	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533	
877	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540	
878	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991480172	
879	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991480189	
880	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991499785	
881	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991499792	
882	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 120 µg	30 szt.	05909991527358	
883	Desmopressinum	Desmopressin Aristo, tabl. podjęzykowe, 60 µg	30 szt.	05909991527341	
884	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	
885	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	
886	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	
887	Dexamethasolum	Demezom, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	
888	Dexamethasolum	Demezom, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	
889	Dexamethasolum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	
890	Dexamethasolum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991484729	
891	Dexamethasolum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	
892	Dexamethasolum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	
893	Dexamethasolum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	
894	Dexamethasolum	Dexamethasone Krka, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991472603	
895	Dexamethasolum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991526382	
896	Dexamethasolum	Dexamethasone Zentiva, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991526436	
897	Dexamethasolum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	
898	Dexamethasolum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351	
899	Dexamethasolum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276	
900	Dexamethasolum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	
901	Dexamethasolum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313	
902	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	
903	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	
904	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909990145317	
905	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	
906	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
907	Diclofenacum natricum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml	05909990074044	
908	Diclofenacum natricum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	
909	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	
910	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	
911	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	
912	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	
913	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	
914	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	
915	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	
916	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	
917	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	
918	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380	
919	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413	
920	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420	
921	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314	
922	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873	
923	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141	
924	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781	
925	Donepezili hydrochloridum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	
926	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018	
927	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912	
928	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138	
929	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077	
930	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360	
931	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353	
932	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560	
933	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842	
934	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
935	Donepezili hydrochloridum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	
936	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	
937	Donepezili hydrochloridum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	
938	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314	
939	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215	
940	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991344306	
941	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991344313	
942	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05900257101015	
943	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	
944	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000962	
945	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	
946	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	
947	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991310936	
948	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991310943	
949	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423	
950	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	
951	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	
952	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	
953	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	
954	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05906414000955	
955	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	
956	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991311049	
957	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, roztwór, 20 + 5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991311056	
958	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991305291	
959	Doxazosini mesilas	Doxazosin Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991305420	
960	Doxazosinum	Adadox, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990901890	
961	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990902255	
962	Doxazosinum	Adadox, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990902293	
963	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
964	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	
965	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	
966	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	
967	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	
968	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	
969	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	
970	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	
971	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	
972	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	
973	Doxazosinum	Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	
974	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	
975	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	
976	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	
977	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	
978	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	
979	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	
980	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	
981	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	
982	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	
983	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	
984	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	
985	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	
986	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	
987	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	
988	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	
989	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	
990	Doxycyclinum	Doxycycline Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991495497	
991	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	
992	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	
993	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 0,75 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219130	
994	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 1,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	05909991219161	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
995	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 3 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697638	
996	Dulaglutidum	Trulicity, roztwór do wstrzykiwań, 4,5 mg	2 wstrzykiwacze po 0,5 ml	08594012697645	
997	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991432980	
998	Duloxetine	AuroDulox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991432997	
999	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	
1000	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	
1001	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	
1002	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	
1003	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	
1004	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	
1005	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	
1006	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	
1007	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991529574	
1008	Duloxetine	Duloxetine Medical Valley, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991529581	
1009	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	
1010	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	
1011	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	
1012	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991423636	
1013	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	
1014	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991231071	
1015	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	
1016	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	
1017	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	90 szt.	05909991222277	
1018	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	
1019	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	
1020	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	90 szt.	05909991222369	
1021	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991480745	
1022	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991480752	
1023	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1024	Duloxetine	Dulsevia, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	90 szt.	05909991352219	
1025	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 120 mg	28 szt.	05909991468699	
1026	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	
1027	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	
1028	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991468651	
1029	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	
1030	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	
1031	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	
1032	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	
1033	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696	
1034	Dutasteridum	Dutazyr, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991456351	
1035	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991460495	
1036	Dutasteridum	Findarts, kaps. miękkie, 0,5 mg	90 szt.	05909991460501	
1037	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	30 szt.	05909991438715	
1038	Dutasteridum + Tamsulosini hydrochloridum	Findarts Duo, kaps. twarde, 0,5+0,4 mg	90 szt.	05909991438746	
1039	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991138509	
1040	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991138523	
1041	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	
1042	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	
1043	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	
1044	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	
1045	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	
1046	Enalapriili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	
1047	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	
1048	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	
1049	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	
1050	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	
1051	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	
1052	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	
1053	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	
1054	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581	
1055	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1056	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550	
1057	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567	
1058	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574	
1059	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	
1060	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	
1061	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096	
1062	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010	
1063	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034	
1064	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058	
1065	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072	
1066	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	
1067	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	
1068	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	03838989753160	
1069	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990926497	
1070	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991074975	
1071	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	03838989753191	
1072	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990926534	
1073	Esomeprazolum	Emanera, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991074999	
1074	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	
1075	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991195755	
1076	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	
1077	Esomeprazolum	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909991195762	
1078	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	84 szt.	05903060619548	
1079	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280	
1080	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	
1081	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	84 szt.	05903060619555	
1082	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778	
1083	Esomeprazolum	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	
1084	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	
1085	Esomeprazolum	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	
1086	Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetat	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt.	05909990661411	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1087	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powł., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	
1088	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 sasz.	05909990447619	
1089	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	
1090	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990823215	
1091	Estradiolum	Estrofem, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990330713	
1092	Estradiolum	Oestrogel, żel, 0,75 mg/1,25 g	80 g	05909991456559	
1093	Estradiolum	System 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214	
1094	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powł., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	
1095	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powł., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	
1096	Estradiolum + Norethisteroni acetat	Kliogest, tabl. powł., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	
1097	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	
1098	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry System 50 + 4 plastry System Conti)	05909990444816	
1099	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powł., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	
1100	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	
1101	Ethosuximidum	Petimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	
1102	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654	
1103	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt.	05909990211357	
1104	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,75 mg	60 szt.	05909990211845	
1105	Exemestanum	Glandex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990812202	
1106	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	
1107	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	
1108	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	
1109	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	
1110	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	
1111	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	
1112	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	
1113	Ezetimibum	Lipegis, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990996902	
1114	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601	
1115	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564	
1116	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526	
1117	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	07613421054557	
1118	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+20 mg	30 szt.	07613421054564	
1119	Ezetimibum + Atorvastatinum	Tulip Combo, tabl. powł., 10+40 mg	30 szt.	07613421054571	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1120	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828	
1121	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835	
1122	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	
1123	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990761548	
1124	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	
1125	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391522	
1126	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391942	
1127	Febuxostatium	Febuxostat Aurovitas, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391874	
1128	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	
1129	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	03838989705152	
1130	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt.	05909990713974	
1131	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	
1132	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	
1133	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309	
1134	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408	
1135	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507	
1136	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500	
1137	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609	
1138	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339	
1139	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708	
1140	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807	
1141	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173	
1142	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	
1143	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	
1144	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	
1145	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909990903917	
1146	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909990431342	
1147	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	
1148	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	
1149	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	
1150	Fentanylum	AuroFena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	28 szt.	05909991455965	
1151	Fentanylum	AuroFena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	28 szt.	05909991455989	
1152	Fentanylum	AuroFena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	28 szt.	05909991456009	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1153	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05901878601007	
1154	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	
1155	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05901878601014	
1156	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	
1157	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	
1158	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	
1159	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	
1160	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	
1161	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	
1162	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	
1163	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	
1164	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	
1165	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308193	
1166	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5,3 ml (40 daw.)	05909991308209	
1167	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 3,2 ml (20 daw.)	05909991308131	
1168	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	
1169	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	
1170	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	
1171	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	
1172	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	
1173	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503	
1174	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	
1175	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541	
1176	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	
1177	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 100 µg	30 szt.	09008732014396	
1178	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 200 µg	30 szt.	09008732014402	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1179	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	09008732014419	
1180	Fentanylum	Submena, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	09008732014426	
1181	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	
1182	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	
1183	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	
1184	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	
1185	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	
1186	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	
1187	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	
1188	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	
1189	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	
1190	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	
1191	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	
1192	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	
1193	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	
1194	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	
1195	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990711949	
1196	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990711987	
1197	Finasteridum	Androster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990906154	
1198	Finasteridum	Antiprost, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990067770	
1199	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990048670	
1200	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990938797	
1201	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990713127	
1202	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990713141	
1203	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991282288	
1204	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990082391	
1205	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991507879	
1206	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045	
1207	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991151218	
1208	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1209	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991214692	
1210	Finasteridum	Finasteride Medreg, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991214753	
1211	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571	
1212	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601	
1213	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973	
1214	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895	
1215	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997	
1216	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990077267	
1217	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990077274	
1218	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	
1219	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105	
1220	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991107871	
1221	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842	
1222	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710	
1223	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	
1224	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	
1225	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	
1226	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247	
1227	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	
1228	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	
1229	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	
1230	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219	
1231	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991462871	
1232	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991462932	
1233	Fluconazolum	Fluconazole Aurovitas, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991463151	
1234	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	
1235	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	
1236	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	
1237	Fluconazolum	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	
1238	Fluconazolum	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798	
1239	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	
1240	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	
1241	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	
1242	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1243	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	
1244	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	
1245	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	
1246	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	
1247	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	
1248	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991423452	
1249	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991423506	
1250	Fluconazolum	Fluconazolum Aflofarm, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991423445	
1251	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991522995	
1252	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991523008	
1253	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991523022	
1254	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991523039	
1255	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	
1256	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	
1257	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	
1258	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	
1259	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	
1260	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	
1261	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	
1262	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	
1263	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	
1264	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	
1265	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	
1266	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	
1267	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	
1268	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621	
1269	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990742509	
1270	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311	
1271	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328	
1272	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	
1273	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258	
1274	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296	
1275	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612	
1276	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1277	Fluticasoni furoas + Umeclidinium + Vilanterolum	Trelegy Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 92+55+22 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 30 dawek	05909991350635	
1278	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	
1279	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	
1280	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 poj. po 120 daw.	0590999093839	
1281	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	
1282	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	
1283	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	
1284	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	
1285	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416	
1286	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423	
1287	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	
1288	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515	
1289	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522	
1290	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001	
1291	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	
1292	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025	
1293	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	
1294	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	
1295	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	
1296	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	
1297	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803	
1298	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1299	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810	
1300	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	
1301	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523	
1302	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	
1303	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530	
1304	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	
1305	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547	
1306	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557	
1307	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595	
1308	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632	
1309	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	
1310	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	
1311	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	
1312	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	
1313	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	
1314	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	
1315	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	
1316	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	
1317	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959	
1318	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966	
1319	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898	
1320	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1321	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	
1322	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	
1323	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	
1324	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	
1325	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	
1326	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	
1327	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	
1328	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	
1329	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	
1330	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	
1331	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585	
1332	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592	
1333	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578	
1334	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827	
1335	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728	
1336	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924	
1337	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934	
1338	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981	
1339	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914	
1340	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777	
1341	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	
1342	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1343	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294	
1344	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446	
1345	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219	
1346	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318	
1347	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000	
1348	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681	
1349	Formoteroli fumaras dihydricus + Glycopyrronium + Budesonidum	Trixeo Aerosphere, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 5+7,2+160 µg	1 poj. 120 dawek	05000456071505	
1350	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	
1351	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	
1352	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	
1353	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102	
1354	Furosemidum	Furosemid Medreg, tabl., 40 mg	30 szt.	08595566451974	
1355	Furosemidum	Furosemidum Aurovitas, tabl., 40 mg	30 szt.	05909991434588	
1356	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	
1357	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	
1358	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	
1359	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	
1360	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	
1361	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	
1362	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	
1363	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	
1364	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	
1365	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991548087	
1366	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542	
1367	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658	
1368	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	
1369	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	
1370	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	
1371	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422	
1372	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521	
1373	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1374	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	
1375	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	
1376	Gliclazidum	Diagen, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	
1377	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	
1378	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	
1379	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	
1380	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	
1381	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	
1382	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	
1383	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909991267230	
1384	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	08595566455019	
1385	Gliclazidum	Gliclazide Medreg, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	08595566455149	
1386	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299	
1387	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305	
1388	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	
1389	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991257392	
1390	Gliclazidum	Symazide MR 60 mg, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	
1391	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	
1392	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	
1393	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	
1394	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	
1395	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	
1396	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	
1397	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	
1398	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	
1399	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990337453	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1400	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990337521	
1401	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990338078	
1402	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990338146	
1403	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990338207	
1404	Glimepiridum	Symglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	
1405	Glimepiridum	Symglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	
1406	Glimepiridum	Symglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	
1407	Glimepiridum	Symglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	
1408	Glimepiridum	Symglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	
1409	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	
1410	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313	
1411	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę	11 g	05909990156825	
1412	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036	
1413	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882	
1414	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210	
1415	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197	
1416	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	
1417	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	
1418	Goserelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	
1419	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	
1420	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	
1421	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	
1422	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	
1423	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	
1424	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	
1425	Hydrocortisoni acetas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	
1426	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	
1427	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.)	05909990836758	
1428	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	
1429	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	
1430	Icatibantum	Firazyr, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1431	Icatibantum	Icatibant Medical Valley, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991484712	
1432	Icatibantum	Ikatybant Ranbaxy, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	1 amp.-strz.po 3 ml	05909991474461	
1433	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	
1434	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum + Mometasoni furoas	Enerzair Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 114+46+136 µg	30 szt.	07613421044596	
1435	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+127,5 µg	30 szt.	07613421045531	
1436	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+260 µg	30 szt.	07613421045548	
1437	Indakaterol + Mometazonu furoinian	Aectura Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. tw., 125+62,5 µg	30 szt.	07613421045524	
1438	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	
1439	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621	
1440	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398	
1441	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907	
1442	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013	
1443	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121	
1444	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014	
1445	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401	
1446	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182	
1447	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801	
1448	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849	
1449	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993	
1450	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	
1451	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 fiol.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053	
1452	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	
1453	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	
1454	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1455	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171	
1456	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	
1457	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	
1458	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	
1459	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668	
1460	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441	
1461	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562	
1462	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741	
1463	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	
1464	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	
1465	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717	
1466	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	
1467	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+33 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315948	
1468	Insulinum glarginum + Lixisenatidum	Suliqua, roztwór do wstrzykiwań, 100+50 j/ml+mcg/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml	05909991315924	
1469	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	
1470	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	
1471	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	
1472	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	
1473	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113	
1474	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566	
1475	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311	
1476	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573	
1477	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519	
1478	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1479	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413	
1480	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597	
1481	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116	
1482	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603	
1483	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014	
1484	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717	
1485	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011	
1486	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923	
1487	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323	
1488	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121	
1489	Insulinum humanum	Polhumín Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921	
1490	Insulinum humanum	Polhumín Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027	
1491	Insulinum humanum	Polhumín Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126	
1492	Insulinum humanum	Polhumín Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324	
1493	Insulinum humanum	Polhumín N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	
1494	Insulinum humanum	Polhumín R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	
1495	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	
1496	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	
1497	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	
1498	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	
1499	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	
1500	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	
1501	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	
1502	Ipratropii bromidum	Atrotil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879	
1503	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1504	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	
1505	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236	
1506	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	
1507	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	
1508	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317	
1509	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331	
1510	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	
1511	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	
1512	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991286613	
1513	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991427764	
1514	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991452278	
1515	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991465377	
1516	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927	
1517	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511	
1518	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285	
1519	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991466046	
1520	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05901878600772	
1521	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991264710	
1522	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789	
1523	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734	
1524	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991348762	
1525	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991398606	
1526	Ivabradinum	Ivabradine Ranbaxy, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991398620	
1527	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991322779	
1528	Ivabradinum	Ivabradine Viatris, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786	
1529	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991298586	
1530	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654	
1531	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991329785	
1532	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991329822	
1533	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991329853	
1534	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7,5 mg	112 szt.	05909991329891	
1535	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991307349	
1536	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991307370	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1537	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	
1538	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	
1539	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	
1540	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	
1541	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	
1542	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	
1543	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05907626701814	
1544	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990046485	
1545	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	
1546	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593	
1547	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620	
1548	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697	
1549	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991105563	
1550	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991105549	
1551	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205	
1552	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907	
1553	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212	
1554	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938	
1555	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229	
1556	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969	
1557	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991494551	
1558	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991494582	
1559	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991494612	
1560	Lacosamidum	Epilantin, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991494506	
1561	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05055565743331	
1562	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05055565743348	
1563	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05055565743355	
1564	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05055565743324	
1565	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	04260598450540	
1566	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	04260598450557	
1567	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	04260598450564	
1568	Lacosamidum	Lacosamide Neuraxpharm, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	04260598450533	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1569	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358	
1570	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365	
1571	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372	
1572	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341	
1573	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	05909991384234	
1574	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	05909991384241	
1575	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	05909991384258	
1576	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	05909991384197	
1577	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml	05909990935505	
1578	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	
1579	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	
1580	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	
1581	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296	
1582	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	
1583	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	
1584	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	
1585	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	
1586	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	
1587	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	
1588	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	
1589	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	
1590	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	
1591	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	
1592	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	
1593	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	
1594	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	
1595	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	
1596	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	
1597	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	
1598	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	
1599	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	
1600	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1601	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	
1602	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	
1603	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	
1604	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	
1605	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	
1606	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	
1607	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	
1608	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	
1609	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	
1610	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990411818	
1611	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909990411825	
1612	Latanoprostum	Xalofree, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 7,5 ml	05900257102555	
1613	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365	
1614	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396	
1615	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	
1616	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990741311	
1617	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	
1618	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256	
1619	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948	
1620	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687	
1621	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	
1622	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	
1623	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	03830070471458	
1624	Latanoprostum + Timololum	Vizilatan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	03830070471465	
1625	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991057213	
1626	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05415062343609	
1627	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1628	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	
1629	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990977826	
1630	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482	
1631	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399	
1632	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990977925	
1633	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991309138	
1634	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991309145	
1635	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05995327191980	
1636	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05995327192031	
1637	Leflunomidum	Leflunomid Egis, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05995327192079	
1638	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604	
1639	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388	
1640	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628	
1641	Leflunomidum	Leflunomide Orion, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991510466	
1642	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651	
1643	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718	
1644	Letrozolum	Clarzole, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923	
1645	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201	
1646	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	90 szt.	05909990710256	
1647	Letrozolum	Lametta, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111	
1648	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	120 szt.	05909991466138	
1649	Letrozolum	Letrozole Aurovitas/Letrozole Eugia, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991466145	
1650	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683	
1651	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	
1652	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napeł.)	05909990634057	
1653	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11,25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	
1654	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	
1655	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	
1656	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200	
1657	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224	
1658	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231	
1659	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1660	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	
1661	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379	
1662	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	
1663	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	
1664	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	
1665	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492	
1666	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577	
1667	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591	
1668	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652	
1669	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	
1670	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	
1671	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	
1672	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957	
1673	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060	
1674	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183	
1675	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672	
1676	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	
1677	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	
1678	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986	
1679	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037	
1680	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856	
1681	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894	
1682	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	
1683	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357	
1684	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135	
1685	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180	
1686	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203	
1687	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258	
1688	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272	
1689	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992	
1690	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043	
1691	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497	
1692	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602	
1693	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1694	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886	
1695	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841	
1696	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	
1697	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	
1698	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858	
1699	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872	
1700	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889	
1701	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926	
1702	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	
1703	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	
1704	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	
1705	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956	
1706	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052	
1707	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151	
1708	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014	
1709	Levocetirizini dihydrochloridum	Alergimed, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	08595566452292	
1710	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt.	05909990656929	
1711	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936	
1712	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990656943	
1713	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991192600	
1714	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	
1715	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475	
1716	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	
1717	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726	
1718	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733	
1719	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129	
1720	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713	
1721	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133	
1722	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140	
1723	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807	
1724	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	
1725	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267	
1726	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034	
1727	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1728	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	
1729	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	
1730	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	
1731	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	
1732	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	
1733	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	
1734	Levodopum + Benserazidum	Xevoben XR, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 100+25 mg	100 szt.	05905701070282	
1735	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05905701070206	
1736	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05905701070237	
1737	Levodopum + Benserazidum	Xevoben, tabl., 50+12,5 mg	100 szt.	05905701070145	
1738	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	
1739	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	
1740	LevomEPROMAZINUM	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912	
1741	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743	
1742	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750	
1743	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	
1744	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	
1745	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	
1746	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	
1747	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	
1748	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	
1749	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	
1750	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	
1751	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	
1752	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	
1753	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	
1754	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	
1755	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	
1756	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	
1757	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	
1758	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	
1759	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	
1760	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1761	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	
1762	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	
1763	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	
1764	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	
1765	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	
1766	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	
1767	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	
1768	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	
1769	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	
1770	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	
1771	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991427160	
1772	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	
1773	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	
1774	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	
1775	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	
1776	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991133122	
1777	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991133023	
1778	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991132927	
1779	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	
1780	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	
1781	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	
1782	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	
1783	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	
1784	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	
1785	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	
1786	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	
1787	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	
1788	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	
1789	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	
1790	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	
1791	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	
1792	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	
1793	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	
1794	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	
1795	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1796	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110	
1797	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	
1798	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	
1799	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	
1800	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990638659	
1801	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990649112	
1802	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909990649129	
1803	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990818914	
1804	Losartanum kalicum	Losartan Genoptim, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991296940	
1805	Losartanum kalicum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654	
1806	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905	
1807	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345	
1808	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118	
1809	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	
1810	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	
1811	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	
1812	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	
1813	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	
1814	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	
1815	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	
1816	Losartanum kalicum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	
1817	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	
1818	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	
1819	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt.	05909990686339	
1820	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt.	05909990686360	
1821	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt.	05909990645565	
1822	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	
1823	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	
1824	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	
1825	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	
1826	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	
1827	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1828	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva B.V., tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991560768	
1829	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva B.V., tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991560775	
1830	Lurasidoni hydrochloridum	Lurasidone Teva B.V., tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991560782	
1831	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670	
1832	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762	
1833	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878	
1834	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	
1835	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909991509101	
1836	Mebendazolum	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909997217963	
1837	Megestrolu acetat	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	
1838	Megestrolu acetat	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	
1839	Megestrolu acetat	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	
1840	Megestrolu acetat	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977	
1841	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	
1842	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990224883	
1843	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990610006	
1844	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990997527	
1845	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568	
1846	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575	
1847	Melphalanum	Alkeran, tabl.powł., 2 mg	25 szt.	05909990283514	
1848	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	
1849	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	
1850	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	
1851	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	
1852	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	
1853	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	
1854	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	
1855	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt.	05909990656813	
1856	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315	
1857	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sasz.	05909990974184	
1858	Mesalazinum	Pentasa, granulat o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sasz.	05909991273989	
1859	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	
1860	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	
1861	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1862	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	
1863	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	
1864	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	
1865	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	
1866	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909990806430	
1867	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227	
1868	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	
1869	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	
1870	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	
1871	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	
1872	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	
1873	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	
1874	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	
1875	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	
1876	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	
1877	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	
1878	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	
1879	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	
1880	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990765430	
1881	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	90 szt.	05903792661563	
1882	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379	
1883	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990765386	
1884	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	90 szt.	05903792661587	
1885	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990765393	
1886	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 850 mg	60 szt.	05909990765409	
1887	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991454722	
1888	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991454654	
1889	Metformini hydrochloridum	Diabufor XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991454708	
1890	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	
1891	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	
1892	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	
1893	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	
1894	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	120 szt.	05903060614406	
1895	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990078943	
1896	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powl., 500 mg	60 szt.	05909990078950	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1897	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	
1898	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	
1899	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001	
1900	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025	
1901	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909990079032	
1902	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	
1903	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990624751	
1904	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768	
1905	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	
1906	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909990213436	
1907	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	
1908	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	
1909	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990933198	
1910	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	
1911	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	
1912	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	
1913	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	
1914	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	
1915	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	
1916	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	
1917	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	
1918	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	
1919	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	
1920	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	
1921	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	
1922	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	
1923	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	
1924	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1925	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	
1926	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474	
1927	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726	
1928	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	08595566456214	
1929	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	08595566456245	
1930	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	08595566456252	
1931	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	08595566456283	
1932	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	08595566455996	
1933	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	08595566456023	
1934	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	08595566456139	
1935	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	08595566456146	
1936	Metformini hydrochloridum	Metformin Medreg, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	08595566456177	
1937	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991196110	
1938	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991195977	
1939	Metformini hydrochloridum	Ranmet XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991196042	
1940	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	
1941	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	
1942	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	04013054024331	
1943	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990457236	
1944	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348	
1945	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909990457335	
1946	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	
1947	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	
1948	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	
1949	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	
1950	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	
1951	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	
1952	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	
1953	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763	
1954	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1955	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	
1956	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	
1957	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	
1958	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt	05909991453558	
1959	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991453572	
1960	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991453473	
1961	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt	05909991453497	
1962	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt	05909991453510	
1963	Metformini hydrochloridum	Zenofor SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991453534	
1964	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909991488345	
1965	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991488376	
1966	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991488390	
1967	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991488413	
1968	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991488086	
1969	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991488116	
1970	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991488147	
1971	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991488161	
1972	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991488215	
1973	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991488253	
1974	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991488277	
1975	Metformini hydrochloridum	Zenofor, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05909991488291	
1976	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	
1977	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	
1978	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	
1979	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	
1980	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	
1981	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	
1982	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	
1983	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	
1984	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	
1985	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
1986	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	
1987	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791323	
1988	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	
1989	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791378	
1990	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	
1991	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791453	
1992	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	
1993	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	
1994	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	
1995	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	
1996	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	
1997	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	
1998	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	
1999	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	
2000	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	
2001	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	
2002	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	
2003	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	
2004	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	
2005	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	
2006	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	
2007	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2008	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	
2009	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	
2010	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	
2011	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	
2012	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	
2013	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	
2014	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	
2015	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	
2016	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	
2017	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	
2018	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	
2019	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	
2020	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	
2021	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	
2022	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	
2023	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	
2024	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	
2025	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	
2026	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	
2027	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	
2028	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	06432100058607	
2029	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt.	05909991303570	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2030	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05995327187051	
2031	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	12 amp.-strz.	05995327187068	
2032	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187082	
2033	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 12,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187099	
2034	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05995327187112	
2035	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	12 amp.-strz.	05995327187129	
2036	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187143	
2037	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 17,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187150	
2038	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05995327187174	
2039	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	12 amp.-strz.	05995327187181	
2040	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05995327187235	
2041	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	12 amp.-strz.	05995327187242	
2042	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05995327187297	
2043	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	12 amp.-strz.	05995327187303	
2044	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05995327187020	
2045	Methotrexatum	Tullex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	12 amp.-strz.	05995327187037	
2046	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	
2047	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	
2048	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215	
2049	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123	
2050	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	
2051	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	
2052	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	
2053	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2054	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	
2055	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	
2056	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	
2057	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483	
2058	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948	
2059	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962	
2060	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051	
2061	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391	
2062	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655	
2063	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311	
2064	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618	
2065	Mianserini hydrochloridum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625	
2066	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990883813	
2067	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242	
2068	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525	
2069	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	
2070	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	
2071	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	
2072	mieszkanki alergoidów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	
2073	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990094813	
2074	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813	
2075	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	140 dawek	05909991195366	
2076	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	
2077	Mometasoni furoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004	
2078	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	
2079	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	
2080	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	
2081	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	
2082	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	
2083	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275	
2084	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688	
2085	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2086	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758	
2087	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	
2088	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	
2089	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462	
2090	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	
2091	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	
2092	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137	
2093	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	
2094	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	
2095	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243	
2096	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076	
2097	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857	
2098	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255	
2099	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858	
2100	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235	
2101	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	
2102	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	
2103	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481	
2104	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266	
2105	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013	
2106	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991472023	
2107	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991472030	
2108	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	
2109	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	
2110	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	
2111	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090	
2112	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052	
2113	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076	
2114	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	
2115	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	
2116	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2117	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	
2118	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	
2119	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	
2120	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	
2121	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	
2122	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	
2123	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	
2124	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	
2125	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	
2126	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	
2127	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	
2128	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	
2129	Morphini sulfas	Oramorph, krople doustne, roztwór, 20 mg/ml	1 but. po 20 ml	05909991436902	
2130	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	
2131	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	
2132	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	
2133	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	
2134	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	
2135	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993	
2136	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990715268	
2137	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	
2138	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208	
2139	Nabumetonom	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	
2140	Nabumetonom	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	
2141	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2142	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	
2143	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	
2144	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	
2145	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	
2146	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	
2147	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powł., 200 µg	28 szt.	05060431940073	
2148	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	
2149	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	
2150	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	
2151	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	
2152	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	
2153	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	
2154	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	
2155	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	
2156	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990644186	
2157	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	
2158	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	
2159	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	
2160	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	
2161	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438	
2162	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536	
2163	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515	
2164	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543	
2165	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	10 szt.	05909991023782	
2166	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909991023799	
2167	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	30 szt.	05909991023805	
2168	Naproxenum natricum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836	
2169	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powł., 35 mg	4 szt.	05909990082599	
2170	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	
2171	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	
2172	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2173	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	100 ml	05909990023912	
2174	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288,2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	
2175	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	
2176	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	
2177	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	
2178	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	
2179	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	
2180	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	
2181	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	
2182	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	
2183	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	
2184	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774	
2185	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	
2186	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	
2187	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990673865	
2188	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	
2189	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	
2190	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	
2191	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	
2192	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	
2193	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	
2194	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519	
2195	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526	
2196	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	
2197	Nimesulidum	Nimesil, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	
2198	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990694778	
2199	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990694785	
2200	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990694754	
2201	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990694761	
2202	Norethisteroni acetat + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794	
2203	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	
2204	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2205	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	
2206	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	
2207	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	
2208	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781	
2209	Olanzapina	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743	
2210	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106	
2211	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343	
2212	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991461300	
2213	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991480592	
2214	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991480622	
2215	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076	
2216	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666	
2217	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649	
2218	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526	
2219	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	
2220	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	
2221	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	
2222	Olanzapinum	Olanzapina Viatris, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	
2223	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	
2224	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	
2225	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793365	
2226	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593	
2227	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990793341	
2228	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586	
2229	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990793389	
2230	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 szt.	05909991230616	
2231	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990793402	
2232	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 szt.	05909991230609	
2233	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2234	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	
2235	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	
2236	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	
2237	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	
2238	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	
2239	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	
2240	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870	
2241	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990767052	
2242	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990766901	
2243	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990766895	
2244	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218	
2245	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126	
2246	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990782260	
2247	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991094539	
2248	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990925186	
2249	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990782253	
2250	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990782246	
2251	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990782239	
2252	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805	
2253	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782	
2254	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367	
2255	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374	
2256	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241	
2257	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258	
2258	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000	
2259	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265	
2260	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910	
2261	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991530945	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2262	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991530969	
2263	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343	
2264	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350	
2265	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265	
2266	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272	
2267	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942	
2268	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258	
2269	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927	
2270	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	
2271	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911	
2272	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812	
2273	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	
2274	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	
2275	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	
2276	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	
2277	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	
2278	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	
2279	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	
2280	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	
2281	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	
2282	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	
2283	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	
2284	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991444570	
2285	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	
2286	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	
2287	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	
2288	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	
2289	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	
2290	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617	
2291	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2292	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013	
2293	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184	
2294	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737	
2295	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744	
2296	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751	
2297	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768	
2298	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603	
2299	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917	
2300	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177	
2301	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	
2302	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	
2303	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	
2304	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	
2305	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	
2306	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	
2307	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	
2308	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	
2309	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	
2310	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	
2311	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	
2312	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	
2313	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	
2314	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	
2315	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	
2316	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2317	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	
2318	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	
2319	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	
2320	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	
2321	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709	
2322	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011	
2323	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716	
2324	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581	
2325	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723	
2326	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635	
2327	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693	
2328	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816	
2329	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	
2330	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	
2331	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	
2332	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513	
2333	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438	
2334	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353	
2335	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599	
2336	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	
2337	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład uzupełniający 30 dawek	05909991432034	
2338	Omeprazolum	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	
2339	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	
2340	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	
2341	Omeprazolum	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	
2342	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	
2343	Omeprazolum	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2344	Omeprazolum	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990077663	
2345	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt.	05909990420612	
2346	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	
2347	Omeprazolum	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	
2348	Omeprazolum	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	
2349	Omeprazolum	Omeprazol Medreg, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	30 szt.	08595566453695	
2350	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	
2351	Omeprazolum	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	
2352	Omeprazolum	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	
2353	Omeprazolum	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	
2354	Omeprazolum	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	
2355	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	
2356	Omeprazolum	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	
2357	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	
2358	Omeprazolum	Ultop, kaps. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990796359	
2359	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	
2360	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	
2361	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	
2362	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	
2363	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	
2364	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	
2365	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	
2366	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809	
2367	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823	
2368	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854	
2369	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	
2370	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	
2371	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615	
2372	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714	
2373	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	
2374	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	
2375	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991427184	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2376	Oxybutynini hydrochloridum	Oxybutyninum Aflofarm, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991427191	
2377	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	
2378	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	
2379	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	
2380	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	
2381	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	
2382	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	
2383	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	
2384	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	
2385	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	
2386	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	
2387	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	
2388	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	
2389	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	
2390	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	
2391	Oxycodoni hydrochloridum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	
2392	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	
2393	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	
2394	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	
2395	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	
2396	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	
2397	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	
2398	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	
2399	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	
2400	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	
2401	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2402	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	
2403	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	
2404	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164	
2405	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	
2406	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	
2407	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	
2408	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525	
2409	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	
2410	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532	
2411	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909990478767	
2412	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990478774	
2413	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909990689842	
2414	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990689859	
2415	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	
2416	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	
2417	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	
2418	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	
2419	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990645640	
2420	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990645732	
2421	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	
2422	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990075041	
2423	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	
2424	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909990075126	
2425	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991459789	
2426	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991459796	
2427	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	
2428	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	
2429	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	
2430	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991186371	
2431	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	
2432	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 szt.	05909991186418	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2433	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	
2434	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	
2435	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	
2436	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	
2437	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990698974	
2438	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	
2439	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990699209	
2440	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	
2441	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	
2442	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	
2443	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	
2444	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	
2445	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	
2446	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990652334	
2447	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909991069681	
2448	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990652372	
2449	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	
2450	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	
2451	Paroxetinum	Arkedis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	
2452	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990425877	
2453	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powl., 20 mg	60 szt.	05909990425884	
2454	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	30 tabl.	05909991323615	
2455	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	60 tabl.	05909991323646	
2456	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990798346	
2457	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powl., 20 mg	100 szt.	05909990798360	
2458	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990010189	
2459	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990010202	
2460	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909991006310	
2461	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990570515	
2462	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powl., 250 mg	30 szt.	05909990126217	
2463	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	
2464	Perazinum	Perazin 200 mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	
2465	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	
2466	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990914838	
2467	Perazinum	Perazin 50 mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2468	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	
2469	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	
2470	Perazinum	Pernazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	
2471	Perindoprii tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991467715	
2472	Perindoprii tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991467685	
2473	Perindoprii tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991467678	
2474	Perindoprii tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991467647	
2475	Perindoprii tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	
2476	Perindoprii tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	
2477	Perindoprii tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	
2478	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311	
2479	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081	
2480	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774	
2481	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+10 mg	30 szt.	03838989745554	
2482	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 10+5 mg	30 szt.	03838989745547	
2483	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Aramlessa, tabl., 5+5 mg	30 szt.	03838989745523	
2484	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	
2485	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	
2486	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	
2487	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	
2488	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	
2489	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	
2490	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	
2491	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	
2492	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	
2493	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	
2494	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 szt.	05909990071029	
2495	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223	
2496	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	
2497	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 125 ml	05904016013205	
2498	Phenoxymetylopenicillinum potassium	Polcylin, Granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/ml	1 but. 60 ml	05904016013212	
2499	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519	
2500	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2501	Piribedilum	Pronoran, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990846320	
2502	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	
2503	Posaconazolum	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	
2504	Posaconazolum	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	
2505	Posaconazolum	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	
2506	Posaconazolum	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	
2507	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	
2508	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582	
2509	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629	
2510	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667	
2511	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	
2512	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699	
2513	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	
2514	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668	
2515	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	
2516	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	
2517	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	
2518	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	
2519	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	
2520	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321	
2521	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390	
2522	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352	
2523	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338	
2524	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345	
2525	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352	
2526	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383	
2527	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406	
2528	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420	
2529	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338	
2530	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345	
2531	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444	
2532	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2533	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	
2534	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	
2535	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	
2536	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	
2537	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	
2538	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	
2539	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	
2540	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	
2541	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	
2542	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	
2543	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	
2544	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	
2545	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 150 mg	70 szt.	05907626705072	
2546	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kaps. twarde, 75 mg	70 szt.	05907626704839	
2547	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521	
2548	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004	
2549	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	
2550	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	
2551	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	
2552	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	
2553	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	
2554	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450	
2555	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609	
2556	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004	
2557	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123	
2558	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909991033507	
2559	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg	50 szt.	05909991033590	
2560	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	
2561	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	
2562	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farnapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	
2563	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	
2564	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 100 mg	60 tabl.	05909990910762	
2565	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 200 mg	60 tabl.	05909990910779	
2566	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 25 mg	30 tabl.	05909990897780	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2567	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	
2568	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	
2569	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	
2570	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853	
2571	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163	
2572	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389	
2573	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309	
2574	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562	
2575	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593	
2576	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630	
2577	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	
2578	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	
2579	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	
2580	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	
2581	Quetiapinum	Ketilept retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	
2582	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990058785	
2583	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990081233	
2584	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	100 szt.	05909990058761	
2585	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990081196	
2586	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990058808	
2587	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990779062	
2588	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857	
2589	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888	
2590	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840	
2591	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901	
2592	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963	
2593	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020	
2594	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758	
2595	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990074143	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2596	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990074235	
2597	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074068	
2598	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990074280	
2599	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	
2600	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	
2601	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	
2602	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	
2603	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	
2604	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	
2605	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	
2606	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	
2607	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	
2608	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990965335	
2609	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234	
2610	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272	
2611	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296	
2612	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241	
2613	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265	
2614	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991498870	
2615	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909991498887	
2616	Quetiapinum	Kwetina, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991498856	
2617	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590	
2618	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651	
2619	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583	
2620	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675	
2621	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393	
2622	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2623	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492	
2624	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710	
2625	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516	
2626	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615	
2627	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882	
2628	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417	
2629	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	
2630	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990571475	
2631	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991308971	
2632	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	
2633	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	
2634	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990571505	
2635	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	
2636	Ramiprilum	ApoRami/Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	
2637	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	
2638	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958	
2639	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	
2640	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703	
2641	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	
2642	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	
2643	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991369910	
2644	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991443016	
2645	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991477813	
2646	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170	
2647	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	
2648	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991338268	
2649	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991369903	
2650	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991440787	
2651	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991479305	
2652	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	
2653	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	
2654	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358	
2655	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	
2656	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2657	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608	
2658	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341	
2659	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	
2660	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334	
2661	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280	
2662	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303	
2663	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	
2664	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	
2665	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	
2666	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	
2667	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	
2668	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	
2669	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	
2670	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991452100	
2671	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991458348	
2672	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	
2673	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991554750	
2674	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991561475	
2675	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217	
2676	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	
2677	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480448	
2678	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991480523	
2679	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991482398	
2680	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991526535	
2681	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	
2682	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	
2683	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	
2684	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	
2685	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	
2686	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440	
2687	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378	
2688	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	
2689	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	
2690	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	
2691	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2692	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	
2693	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	
2694	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	
2695	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	
2696	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	
2697	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	
2698	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	
2699	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	
2700	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	
2701	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	
2702	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	
2703	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	
2704	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	
2705	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	
2706	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	
2707	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	
2708	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	
2709	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	
2710	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	
2711	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	
2712	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	
2713	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	
2714	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	
2715	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	
2716	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	
2717	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	
2718	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	
2719	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	
2720	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	
2721	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	
2722	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	
2723	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990928156	
2724	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	
2725	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258	
2726	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2727	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272	
2728	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289	
2729	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296	
2730	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481	
2731	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344	
2732	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252	
2733	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146	
2734	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524	
2735	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548	
2736	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487	
2737	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500	
2738	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555	
2739	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579	
2740	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586	
2741	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609	
2742	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	
2743	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413	
2744	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512	
2745	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611	
2746	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710	
2747	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683	
2748	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737	
2749	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935	
2750	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031	
2751	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	
2752	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	
2753	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	
2754	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	
2755	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991521738	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2756	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991521745	dotyczy wyłącznie wskazaniami: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2757	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991521776	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2758	Rivaroxabanum	Bevimlar, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991521790	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2759	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05907594033344	
2760	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05907594033399	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2761	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05907594033405	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2762	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05907594033412	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2763	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05907594033429	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2764	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05907594033443	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2765	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05907594033450	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2766	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05907594033474	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2767	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05903060626812	
2768	Rivaroxabanum	Mibrex, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05903060626829	
2769	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991440398	
2770	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991440435	
2771	Rivaroxabanum	Rixacam, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05900411011549	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2772	Rivaroxabanum	Rixacam, kaps. twarde, 15 mg	42 szt.	05900411011556	
2773	Rivaroxabanum	Rixacam, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05900411011600	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2774	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550	
2775	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05900411013482	dotyczy wyłącznie wskazań: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;

[illegible]

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2793	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991492342	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2794	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991492465	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2795	Rivaroxabanum	Vixargio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991492472	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2796	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 10 mg	15 szt.	05909991435509	
2797	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991435561	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2798	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991435578	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2799	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991435646	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2800	Rivaroxabanum	Xanirva, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991435653	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2801	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909990658145	
2802	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601	
2803	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663	
2804	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700	
2805	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05995327192956	
2806	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05995327192994	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2807	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05995327193007	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2808	Rivaroxabanum	Xiltess, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05995327193038	dotyczy wyłącznie wskazanias: <1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych;
2809	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508	
2810	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546	
2811	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621	
2812	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	
2813	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	
2814	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	
2815	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2816	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 13,3 mg/24 h	30 szt.	05909991478117	
2817	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 szt.	05909991032609	
2818	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909990066704	
2819	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909990066766	
2820	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646	
2821	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	
2822	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	
2823	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738	
2824	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752	
2825	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	
2826	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	
2827	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660	
2828	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	
2829	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	
2830	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745	
2831	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769	
2832	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	
2833	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	
2834	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048	
2835	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055	
2836	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	
2837	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	
2838	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147	
2839	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154	
2840	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	
2841	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	
2842	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981	
2843	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	
2844	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	
2845	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2846	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322	
2847	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	
2848	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	
2849	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	
2850	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	
2851	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973	
2852	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	
2853	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	
2854	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	
2855	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	
2856	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	
2857	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	
2858	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	
2859	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954	
2860	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985	
2861	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074	
2862	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227	
2863	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333	
2864	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	
2865	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	
2866	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	
2867	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	
2868	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	
2869	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	
2870	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	
2871	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	
2872	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	
2873	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685	
2874	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890	
2875	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586	
2876	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2877	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	
2878	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	
2879	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	
2880	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	
2881	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	
2882	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	
2883	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	
2884	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	
2885	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	
2886	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	
2887	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991537166	
2888	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	
2889	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991533922	
2890	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	
2891	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	
2892	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	
2893	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883	
2894	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906	
2895	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920	
2896	Rosuvastatinum	Aporoza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875	
2897	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184	
2898	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337	
2899	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375	
2900	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141	
2901	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991375799	
2902	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991519605	
2903	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991519612	
2904	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158	
2905	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991375812	
2906	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991476984	
2907	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991496579	
2908	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991496586	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2909	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991509415	
2910	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165	
2911	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103	
2912	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991375775	
2913	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604	
2914	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950	
2915	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659	
2916	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981	
2917	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673	
2918	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574	
2919	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674	
2920	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698	
2921	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759	
2922	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773	
2923	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841	
2924	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865	
2925	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599	
2926	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636	
2927	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991475079	
2928	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991475086	
2929	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991475093	
2930	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Medical Valley, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991475062	
2931	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990895250	
2932	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990895304	
2933	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909990895380	
2934	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403	
2935	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909990895458	
2936	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990895533	
2937	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990895588	
2938	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990895663	
2939	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687	
2940	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909990895724	
2941	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990895786	
2942	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990895892	
2943	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990895106	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2944	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990895182	
2945	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743	
2946	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05909990791781	
2947	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873	
2948	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	84 szt.	05909990791927	
2949	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990792009	
2950	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 40 mg	84 szt.	05909990792061	
2951	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606	
2952	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623	
2953	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647	
2954	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959	
2955	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973	
2956	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685	
2957	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708	
2958	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062	
2959	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086	
2960	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753	
2961	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777	
2962	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562	
2963	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586	
2964	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785	
2965	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079	
2966	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333	
2967	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839	
2968	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109	
2969	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340	
2970	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990777853	
2971	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	03838989707057	
2972	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10+10 mg	90 szt.	05909991397609	
2973	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	30 szt.	05909991397623	
2974	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 15+10 mg	90 szt.	05909991397661	
2975	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	03838989707064	
2976	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20+10 mg	90 szt.	05909991397715	
2977	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	05909991397739	
2978	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 40+10 mg	90 szt.	05909991397777	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
2979	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991397456	
2980	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 5+10 mg	90 szt.	05909991397494	
2981	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352	
2982	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369	
2983	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836	
2984	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321	
2985	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338	
2986	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383	
2987	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390	
2988	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 10+10 mg	30 szt.	05909991463816	
2989	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 20+10 mg	30 szt.	05909991463830	
2990	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Rozesta, tabl. powł., 5+10 mg	30 szt.	05909991463762	
2991	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl. powł., 40+10 mg	30 szt.	07613421101763	
2992	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05907626708493	
2993	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10+10 mg	60 szt.	05907626709315	
2994	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05907626708509	
2995	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20+10 mg	60 szt.	05907626709322	
2996	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05907626708486	
2997	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5+10 mg	60 szt.	05907626709308	
2998	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914	
2999	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010	
3000	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	
3001	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	
3002	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928	
3003	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826	
3004	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	
3005	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713	
3006	Salmeterolum	Pulmotorol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424	
3007	Salmeterolum	Pulmotorol, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431	
3008	Salmeterolum	Pulmotorol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardech, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	
3009	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3010	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099	
3011	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315	
3012	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389901	
3013	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 0,5 mg	1 wstrzykiwacz po 1,5 ml	05909991389918	
3014	Semaglutidum	Ozempic, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg	1 wstrzykiwacz po 3 ml	05909991389956	
3015	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 12 mg	28 szt.	05909991089313	
3016	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 16 mg	28 szt.	05909991089412	
3017	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 4 mg	30 szt.	05909991089214	
3018	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991551636	
3019	Sertralinum	Apiolin, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991551551	
3020	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991355739	
3021	Sertralinum	ApoSerta, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991355654	
3022	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317	
3023	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991483807	
3024	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218	
3025	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685	
3026	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692	
3027	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368	
3028	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990804375	
3029	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344	
3030	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990804351	
3031	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615	
3032	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622	
3033	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660	
3034	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516	
3035	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523	
3036	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561	
3037	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621	
3038	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690	
3039	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163	
3040	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040	
3041	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963	
3042	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3043	Sertralinum	Zoloft, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215	
3044	Sertralinum	Zoloft, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116	
3045	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472	
3046	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982	
3047	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	
3048	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	
3049	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05909991418984	
3050	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	
3051	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	
3052	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	
3053	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279	
3054	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286	
3055	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293	
3056	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990649532	
3057	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990649655	
3058	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110	
3059	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219	
3060	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318	
3061	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990941025	
3062	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990941124	
3063	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650	
3064	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667	
3065	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273	
3066	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297	
3067	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334	
3068	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591	
3069	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812	
3070	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829	
3071	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031	
3072	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616	
3073	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715	
3074	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838	
3075	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012	
3076	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111	
3077	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3078	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114	
3079	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213	
3080	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215	
3081	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314	
3082	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990365913	
3083	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990366026	
3084	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990769124	
3085	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	
3086	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	
3087	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05901812162564	
3088	Sitagliptinum	Januvia, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990055920	
3089	Sitagliptinum	Jazeta, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991480509	
3090	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05995327182650	
3091	Sitagliptinum	Lonamo, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05995327182667	
3092	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	03838989721473	
3093	Sitagliptinum	Maysiglu, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	03838989721466	
3094	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558	
3095	Sitagliptinum	Simlerid, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05907626709803	
3096	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137	
3097	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970	
3098	Sitagliptinum	Sitagliptin Aurovitas, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991497477	
3099	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05903792662263	
3100	Sitagliptinum	Sitagliptin BIOTON, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05903792662294	
3101	Sitagliptinum	Sitagliptin Medical Valley, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991470883	
3102	Sitagliptinum	Sitagliptin STADA, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991481131	
3103	Sitagliptinum	Sitagliptin TZF, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05904016030707	
3104	Sitagliptinum	Symgliptin, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05905669739351	
3105	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Combodiab, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05903792662270	
3106	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657	
3107	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551	
3108	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998	
3109	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Eprocliv, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05907626709728	
3110	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991483739	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3111	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Jamesi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991483647	
3112	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Janumet, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909990929771	
3113	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05907594033207	
3114	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Juzimette, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05907594033139	
3115	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05995327182704	
3116	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Lonamo Duo, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05995327182698	
3117	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	03838989744557	
3118	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Maymetsi, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	03838989744571	
3119	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991483265	
3120	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax Combi, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991483197	
3121	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727	
3122	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659	
3123	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172	
3124	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042	
3125	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Sitagliptin + Metformin hydrochloride Grindeks, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	04750232018101	
3126	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05905669739689	
3127	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Symetlip, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05905669739597	
3128	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906414003758	
3129	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906414003741	
3130	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325	
3131	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226	
3132	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991461393	
3133	Solifenacini succinas	Aurosolin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991461317	
3134	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960	
3135	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991405991	
3136	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922	
3137	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991405953	
3138	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135	
3139	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394	
3140	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991314620	
3141	Solifenacini succinas	Solifenacin Medreg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991314545	
3142	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304	
3143	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3144	Solifenacini succinas	Solino, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340	
3145	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777	
3146	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753	
3147	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640	
3148	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633	
3149	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069	
3150	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995	
3151	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148	
3152	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05906720537404	
3153	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117	
3154	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05906720537398	
3155	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308	
3156	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315	
3157	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278	
3158	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285	
3159	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Beplasot, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05901720141095	
3160	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061	
3161	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164	
3162	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991519230	
3163	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Tamsunorm Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05397258000926	
3164	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	
3165	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	
3166	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1,5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	
3167	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	
3168	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	
3169	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	
3170	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	
3171	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	
3172	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	
3173	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124	
3174	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651	
3175	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3176	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	
3177	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	
3178	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	20 szt.	08595566454715	
3179	Spironolactonum	Spironolactone Medreg, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	08595566454760	
3180	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513	
3181	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414	
3182	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215	
3183	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990312719	
3184	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990501304	
3185	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991475000	
3186	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991529161	
3187	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991530426	
3188	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim Forte, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909991562847	
3189	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	
3190	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990276219	
3191	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	
3192	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	
3193	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	
3194	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	
3195	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	
3196	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	
3197	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	
3198	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	
3199	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	
3200	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	
3201	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	
3202	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	
3203	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	
3204	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	
3205	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawiesina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	
3206	Szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem)	Shingrix, proszek i zawiesina do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 50 µg	1 fiol. proszku + 1 fiol. 0,5 ml zawiesiny	05909991364885	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3207	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) (biwalentna, rekombinowana)	Abrysvo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań,	1 fiol. proszku + amp.-stryk. z rozpuszczalnikiem + adapter fiolki + igła	05415062116210	
3208	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052	
3209	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	
3210	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	
3211	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	
3212	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990783489	
3213	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990783571	
3214	Tacrolimusum	Cidimus, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990783533	
3215	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024	
3216	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	
3217	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	
3218	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	
3219	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedł. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	
3220	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709	
3221	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	
3222	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	
3223	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	
3224	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713	
3225	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	
3226	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	
3227	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	
3228	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	
3229	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990331017	
3230	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	
3231	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883	
3232	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906	
3233	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920	
3234	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3235	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726	
3236	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006	
3237	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794	
3238	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642	
3239	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598	
3240	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585	
3241	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592	
3242	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991470685	
3243	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991470692	
3244	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991496791	
3245	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991496807	
3246	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196	
3247	Tamsulosini hydrochloridum	Prostamnic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257	
3248	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007	
3249	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184	
3250	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382	
3251	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321	
3252	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709	
3253	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451	
3254	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05907626708400	
3255	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907626708417	
3256	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570386	
3257	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsiger, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	09008732011845	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3258	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948	
3259	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	08595566453992	
3260	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsulosin Medreg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	08595566454036	
3261	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808	
3262	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895	
3263	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214	
3264	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221	
3265	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081	
3266	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235	
3267	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068	
3268	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075	
3269	Tamsulosinum	Omnic 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418	
3270	Tamsulosinum	Omnic Ocas 0,4, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070	
3271	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	
3272	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	
3273	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	
3274	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	
3275	Tapentadolum	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	
3276	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	
3277	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	
3278	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	
3279	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	
3280	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	
3281	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	
3282	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	
3283	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991489861	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3284	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991489908	
3285	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991489960	
3286	Telmisartanum	Telmisartan Aurovitas, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991489991	
3287	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713	
3288	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720	
3289	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768	
3290	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867	
3291	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801	
3292	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	
3293	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003	
3294	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034	
3295	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	
3296	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	
3297	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	
3298	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	
3299	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	
3300	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	
3301	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990818082	
3302	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	
3303	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	
3304	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	
3305	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	
3306	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	
3307	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990818150	
3308	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	
3309	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	
3310	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	
3311	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	
3312	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	
3313	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604	
3314	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 szt.	05909997077628	
3315	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	
3316	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05901878600864	
3317	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05901878600871	
3318	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05901878600901	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3319	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	30 szt.	05903792743580	
3320	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673	
3321	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05909997077697	
3322	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	
3323	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	
3324	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	
3325	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	
3326	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	
3327	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	
3328	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	
3329	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 40 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764234	
3330	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764241	
3331	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 10 + 25 mg	28 szt.	03838989764289	
3332	Telmisartanum + Amlodipini besilas + Hydrochlorothiazidum	Tolutris, tabl., 80 + 5 + 12,5 mg	28 szt.	03838989764319	
3333	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	
3334	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	
3335	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	
3336	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	
3337	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	
3338	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	
3339	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	56 szt.	05909991338565	
3340	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	84 szt.	05909991338589	
3341	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	
3342	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	56 szt.	05909991338800	
3343	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	84 szt.	05909991338824	
3344	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	
3345	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	56 szt.	05909991338725	
3346	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	84 szt.	05909991338749	
3347	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	
3348	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	
3349	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991020026	
3350	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	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3351	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	
3352	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	
3353	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	
3354	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	
3355	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	
3356	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	
3357	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	
3358	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	
3359	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	
3360	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	
3361	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	
3362	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	
3363	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	
3364	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	
3365	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	
3366	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	
3367	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	
3368	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	
3369	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	
3370	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	
3371	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	
3372	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	
3373	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	
3374	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	
3375	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	
3376	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	
3377	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	
3378	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	
3379	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	
3380	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	
3381	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	
3382	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	
3383	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	
3384	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	
3385	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3386	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	
3387	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	
3388	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	
3389	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	
3390	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	
3391	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	
3392	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	
3393	Telmisartanum + Indapamidum	Ylpio, tabl., 80+2,5 mg	30 szt.	05909991463557	
3394	Terazosinum	Komam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	
3395	Terazosinum	Komam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	
3396	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	
3397	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	
3398	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	
3399	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	
3400	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	
3401	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	
3402	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	
3403	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	
3404	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	
3405	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 szt.	05909990908189	
3406	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	
3407	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 szt.	05909990908158	
3408	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	
3409	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 szt.	05909990908264	
3410	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	
3411	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 szt.	05909990908233	
3412	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	
3413	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3414	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	
3415	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	
3416	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	
3417	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	
3418	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	
3419	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	
3420	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	
3421	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	
3422	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	
3423	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	
3424	Theophyllinum	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	
3425	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	
3426	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839	
3427	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846	
3428	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822	
3429	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016	
3430	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	
3431	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245	
3432	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821	
3433	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	
3434	Tiotropium	Braltus, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 10 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991299545	
3435	Tiotropium	Ontipria, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991456276	
3436	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł. 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	
3437	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3438	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	
3439	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909991253998	
3440	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt. + 1 inhalator	05909991254001	
3441	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	
3442	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641	
3443	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	
3444	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	
3445	Tolterodini tartras	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	
3446	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	
3447	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	
3448	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	
3449	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495	
3450	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464	
3451	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488	
3452	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471	
3453	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169	
3454	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084	
3455	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145	
3456	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990759019	
3457	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990759118	
3458	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990758814	
3459	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990758913	
3460	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671496	
3461	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502	
3462	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990671472	
3463	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489	
3464	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	
3465	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3466	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	
3467	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	
3468	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	
3469	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	
3470	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	
3471	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	
3472	Tramadoli hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	
3473	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	
3474	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	
3475	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	
3476	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	
3477	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	
3478	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	
3479	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	
3480	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	
3481	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	
3482	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	
3483	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	
3484	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	
3485	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	
3486	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991480691	
3487	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909991480707	
3488	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	
3489	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3490	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	
3491	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	
3492	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	
3493	Tramadoli hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	
3494	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	
3495	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	
3496	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	
3497	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	
3498	Tramadoli hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	
3499	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	
3500	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	
3501	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	
3502	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	
3503	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	
3504	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	
3505	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	
3506	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595	
3507	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601	
3508	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618	
3509	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	
3510	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	
3511	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	
3512	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	
3513	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991482060	
3514	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991482077	
3515	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	
3516	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	
3517	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	
3518	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	
3519	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	08595566452230	
3520	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	08595566452247	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3521	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramadol + Paracetamol Medreg, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	08595566452254	
3522	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	
3523	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	
3524	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	
3525	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	
3526	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	
3527	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	
3528	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	
3529	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619	
3530	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	
3531	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172	
3532	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	
3533	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	
3534	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	
3535	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 40+5 µg/ml+mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991447106	
3536	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	
3537	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	
3538	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	
3539	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	
3540	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	
3541	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	
3542	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	
3543	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	
3544	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0,1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	
3545	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3546	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	
3547	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	
3548	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	
3549	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381	
3550	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991345815	
3551	Valsartanum	AuroValsart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991345785	
3552	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763	
3553	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695	
3554	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990751877	
3555	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990751594	
3556	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067	
3557	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081	
3558	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159	
3559	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961	
3560	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985	
3561	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990682065	
3562	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990681877	
3563	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990074969	
3564	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983	
3565	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990	
3566	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147	
3567	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	30 szt.	05909991483036	
3568	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990074945	
3569	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853	
3570	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860	
3571	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608	
3572	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3573	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	
3574	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	
3575	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480	
3576	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459	
3577	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909991323837	
3578	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991323875	
3579	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	AuroValsart HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991323783	
3580	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	
3581	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740864	
3582	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991305949	
3583	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740833	
3584	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	
3585	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	
3586	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	
3587	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	
3588	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	
3589	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	
3590	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	
3591	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	
3592	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	
3593	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990740253	
3594	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	
3595	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	
3596	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990740284	
3597	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	
3598	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	
3599	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	
3600	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990740192	
3601	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990740208	
3602	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	
3603	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990704132	
3604	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990704262	
3605	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	
3606	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	
3607	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3608	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 160 + 1,5 mg	30 szt.	03838989768560	
3609	Valsartanum + Indapamidum	Vabinxo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 80 + 1,5 mg	30 szt.	03838989773632	
3610	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	
3611	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	
3612	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	
3613	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	
3614	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990047901	
3615	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	
3616	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	
3617	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	
3618	Venlafaxinum	Alventa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991453879	
3619	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990660650	
3620	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990660636	
3621	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990660643	
3622	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	
3623	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	
3624	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	
3625	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	
3626	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	
3627	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760	
3628	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	
3629	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	
3630	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502	
3631	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6

3632	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	
3633	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	
3634	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 225 mg	28 szt.	05909991481711	
3635	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802	
3636	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819	
3637	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	
3638	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	
3639	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	
3640	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490	
3641	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	
3642	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	
3643	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	
3644	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kapsulki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991135096	
3645	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	
3646	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982	
3647	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	
3648	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	
3649	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	
3650	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	
3651	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971	
3652	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Uwagi
1	2	3	4	5	6
3653	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419	
3654	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211	
3655	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310	
3656	Vigabatrinum	Sabril, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	
3657	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	
3658	Vildagliptinum	Anvildis, tabl., 50 mg	56 szt.	05901812162076	
3659	Vildagliptinum	Glypvilo, tabl., 50 mg	60 szt.	05909991372385	
3660	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991457556	
3661	Vildagliptinum	Kwikaton, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991457570	
3662	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	28 szt.	05909991401863	
3663	Vildagliptinum	Viglita, tabl., 50 mg	56 szt.	05909991401887	
3664	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05901812162434	
3665	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Anvildis Duo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05901812162403	
3666	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	05909991496999	
3667	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Gliptivil Combo, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	05909991496975	
3668	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+1000 mg	60 szt.	03838989736248	
3669	Vildagliptinum + Metformini hydrochloridum	Vimetso, tabl. powł., 50+850 mg	60 szt.	03838989736255	
3670	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	
3671	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	
3672	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05702150155153	
3673	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05702150155788	
3674	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05702150155146	
3675	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	
3676	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	
3677	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	
3678	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	
3679	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	
3680	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	
3681	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	
3682	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729	
3683	Zuclopenthixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828	

E. Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acidum ursodeoxycholicum	Poursan, 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	1 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.	05909990337354
19	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh. po 200 daw.	05909990337323
20	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh. po 100 daw.	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 szt.	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 szt.	05909991203986
25	Budesonidum	Budaiir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw.	05909990335169
26	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
27	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
28	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
29	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
30	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
31	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521332

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
32	Budesonidum	Nebulin, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909991521349
33	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
34	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
35	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445615
36	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445714
37	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. po 2 ml	05909990445813
38	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
39	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
40	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	07613421047047
41	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
42	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
45	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
46	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	1 inh. po 60 daw.	05903060620971
47	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę	2 inh.po 60 daw.	05903060620988
48	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil Combo, proszek do inhalacji, podzielony, 320+9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05903060620995
49	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
50	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909990873241
51	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909990872886
52	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
53	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
54	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
55	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
56	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
57	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
58	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
59	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
60	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
61	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
62	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
63	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
64	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
65	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531447
66	Ciclesonidum	Cyxodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 320 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991531454
67	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-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	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.	03701390100581
76	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.	03701390100543
77	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.	03701390100550
78	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.	03701390100567
79	Enoxaparinum natricum	Enoxaparin sodium Ledraxen, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	03701390100574
80	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
81	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
82	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
83	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
84	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
85	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
86	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
87	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
88	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
89	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
90	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
91	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
92	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
93	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
94	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851416
95	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851423
96	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
97	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990851515
98	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol wziewny, zawiesina, 250 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851522
99	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 szt.	05909990938001

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
100	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
101	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 szt.	05909990938025
102	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
103	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
104	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
105	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
106	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535803
107	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535797
108	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris pMDI, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991535810
109	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
110	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
111	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
112	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
113	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
114	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
115	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447557
116	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447595
117	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Aurodisc, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05909991447632
118	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
119	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
120	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
121	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
122	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
123	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
124	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
125	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
126	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403959
127	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403966
128	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991403898
129	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
130	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
131	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
132	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
133	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
134	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
135	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
136	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
137	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
138	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
139	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
140	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477585
141	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05909991477592
142	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Veriflo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę	1 poj. 120 dawek	05909991477578
143	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990792924
144	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 12 µg	180 szt.	07613421020934
145	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
146	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990975914
147	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
148	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
149	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909991218287
150	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	180 szt.	05909991218294
151	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
152	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh. po 60 daw.	05909990445219
153	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
154	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	60 szt.	05909990849000
155	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 12 µg	120 szt.	05909990996681
156	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
157	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
158	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
159	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrz., 100 j/ml	10 wstrz. po 3 ml	05909991429171
160	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
161	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
162	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
163	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
164	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	10 wkł.po 3 ml	05712249124441
165	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991371562
166	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990005741
167	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
168	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
169	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990895717
170	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
171	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
172	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
173	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
174	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
175	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
176	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
177	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
178	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
179	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
180	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
181	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
182	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
183	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
184	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
185	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
186	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
187	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
188	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
189	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
190	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
191	Insulinum humanum	Polhummin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
192	Insulinum humanum	Polhummin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
193	Insulinum humanum	Polhummin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
194	Insulinum humanum	Polhummin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
195	Insulinum humanum	Polhummin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
196	Insulinum humanum	Polhummin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
197	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
198	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
199	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
200	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
201	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
202	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
203	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
204	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
205	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
206	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
207	Ipratropii bromidum	Ipravent Inhaler, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909991306236
208	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
209	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
210	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
211	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991496296
212	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
213	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
214	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
215	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
216	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
217	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
218	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
219	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
220	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
221	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
222	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
223	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149
224	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
225	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200
226	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224
227	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231
228	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml	05909990006755
229	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
230	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379
231	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
232	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
233	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
234	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492
235	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577
236	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591
237	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652
238	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
239	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
240	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
241	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957
242	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060
243	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183
244	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990958672
245	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
246	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
247	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986
248	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037
249	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856
250	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894
251	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
252	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990998357
253	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135
254	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180
255	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990998203
256	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258
257	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990998272
258	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992
259	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
260	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497
261	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602
262	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640
263	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886
264	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990925841
265	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
266	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
267	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858
268	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872
269	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889
270	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926
271	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
272	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
273	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
274	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956
275	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052
276	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151
277	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991439743
278	Levothyroxinum natricum	Althyxin, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991439750
279	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
280	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
281	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
282	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
283	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
284	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
285	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
286	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
287	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
288	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
289	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
290	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
291	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
292	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
293	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
294	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
295	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
296	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
297	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
298	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
299	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
300	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
301	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
302	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
303	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt.	05909990683215
304	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990683123
305	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
306	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
307	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
308	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
309	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
310	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
311	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
312	Metoprololi tartras	Metoprolol Medreg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	08595566452483
313	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
314	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
315	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
316	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
317	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
318	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
319	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
320	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
321	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
322	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243
323	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990994076
324	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990993857
325	Montelukastum	Montelukast Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991088255
326	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858
327	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235
328	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
329	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
330	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481
331	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266
332	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013
333	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991472023
334	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991472030
335	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
336	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
337	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
338	Montelukastum	Promonta 10 mg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671090
339	Montelukastum	Promonta 4 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990671052
340	Montelukastum	Promonta 5 mg, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990671076
341	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
342	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
343	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300
344	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
345	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
346	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
347	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
348	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
349	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
350	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809
351	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823
352	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854
353	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
354	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
355	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615
356	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714
357	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
358	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
359	Prednisolonum	Predasol, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991356699
360	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
361	Prednisolonum	Predasol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991356668
362	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
363	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
364	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
365	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
366	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
367	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991529321
368	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 10 mg	20 szt.	05909991529390
369	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991529352
370	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	20 szt.	05909991529338
371	Prednisonum	Esotkaleno, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991529345
372	Prednisonum	Medoxa, tabl., 10 mg	20 szt.	05903060627352
373	Prednisonum	Medoxa, tabl., 20 mg	20 szt.	05903060627383
374	Prednisonum	Medoxa, tabl., 25 mg	20 szt.	05903060627406
375	Prednisonum	Medoxa, tabl., 30 mg	20 szt.	05903060627420
376	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	20 szt.	05903060627338
377	Prednisonum	Medoxa, tabl., 5 mg	100 szt.	05903060627345
378	Prednisonum	Medoxa, tabl., 50 mg	20 szt.	05903060627444
379	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05907594032521
380	Progesteronum	Cyclogest, glob. dopochwowe, 400 mg	15 szt.	05909991550004
381	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
382	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
383	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
384	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
385	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
386	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991401450
387	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 200 mg	15 szt.	05909991483609
388	Progesteronum	Utrogestan, kaps. dopochwowe, miękkie, 300 mg	15 szt.	05909991518004
389	Salbutamolium	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
390	Salbutamolium	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991106928
391	Salbutamolium	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 poj.po 200 daw.	05909991107826
392	Salbutamolium	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
393	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
394	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	60 szt.	05909991109424

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
395	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inh.	90 szt.	05909991109431
396	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
397	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
398	Salmeterolum	Serevent, aerozol wziewny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990623099
399	Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) (biwalentna, rekombinowana)	Abrysvo, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań,	1 fiol. proszku + amp.-strzyk. z rozpuszczalnikiem + adapter fiolki + igła	05415062116210
400	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigeniis praeparatum (szczepionka przeciw grypie (antygen powierzchniowy), inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce,	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352

F 1. Technologie lekowe o wysokiej wartości klinicznej

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Cannabidiolum	Epidyolex, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but. 100 ml	05055813900103
2	Patiromer calcium	Veltassa, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 8,4 g	30 sasz.	07640166811459

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	Ivosidenibum	Tibsovo, tabl. powł. 250 mg	60 szt.	03664898120737
8	Lumasiranum	Oxlumo, roztwór do wstrzyknięć podskórnych, 94,5 mg/0,5ml	1 fiol. 0,5 ml	08720165814138
9	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 1200 µg	30 szt.	09120121720043
10	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 200 µg	30 szt.	09120121720012
11	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 400 µg	30 szt.	09120121720029
12	Odevixibatam	Bylvay, kaps. twarde, 600 µg	30 szt.	09120121720036
13	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 20 mg	1 fiol.	05909991490508
14	Olipudaza alfa	Xenpozyme, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 4 mg	1 fiol.	05909991513696
15	Pretomanidum	Dovprela, tabl., 200 mg	26 szt.	05901797711139
16	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 40 mg	56 szt.	08586009570529
17	Selpercatinibum	Retsevmo, kaps. twarde, 80 mg	112 szt.	08586009570536
18	Tebentafuspum	Kimmtrak, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 µg/0,5 ml	1 fiol. po 0,5 ml	05056416800036

G 1. Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej albo takie, do których wytworzenia wykorzystano substancję czynną wytworzoną na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920
4	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515
5	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218
6	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782
7	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014
8	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113
9	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229
10	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
11	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
12	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
13	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
14	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
15	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
16	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
17	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994
18	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418
19	Allopurinolum	Allupol, tabl., 300 mg	30 szt.	05909991316228
20	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	50 szt.	05397313000502
21	Allopurinolum	Auricid, tabl., 100 mg	100 szt.	05397313000519
22	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	30 szt.	05397313000540
23	Allopurinolum	Auricid, tabl., 300 mg	100 szt.	05397313000564
24	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818
25	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
26	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
27	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
28	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
29	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728
30	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146
31	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520
32	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122
33	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
34	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139
35	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379
36	Amoxicillinum	Amotaks, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991298258
37	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517
38	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108
39	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319
40	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153
41	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587
42	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594
43	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600
44	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611
45	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628
46	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444
47	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715
48	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029
49	Aripirazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991421168
50	Aripirazolum	Abilium, kaps. twarde, 10 mg	56 szt.	05909991421175
51	Aripirazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991421199
52	Aripirazolum	Abilium, kaps. twarde, 15 mg	56 szt.	05909991421205
53	Aripirazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	56 szt.	05909991473266
54	Aripirazolum	Abilium, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909991473273
55	Aripirazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733
56	Aripirazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856
57	Aripirazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887
58	Aripirazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931
59	Aripirazolum	Asduter, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991229696
60	Aripirazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733
61	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
62	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
63	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028
64	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
65	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137
66	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359
67	Atorvastatinum	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618
68	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144
69	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366
70	Atorvastatinum	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
71	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151
72	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373
73	Atorvastatinum	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816
74	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383
75	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161
76	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990810178
77	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990810185
78	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814
79	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821
80	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838
81	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913
82	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920
83	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937
84	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819
85	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826
86	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412
87	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518
88	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421
89	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520
90	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608
91	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529
92	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420
93	Bromocriptinum	Bromocom, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913
94	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt.	05909991235635
95	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt.	05909991235642
96	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	30 szt.	05906414002140
97	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 szt.	05906414002171
98	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	30 szt.	05906414002089
99	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 szt.	05906414002119
100	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	30 szt.	05906414002027
101	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 szt.	05906414002058
102	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	30 szt.	05906414001969
103	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 szt.	05906414001990
104	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
105	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
106	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
107	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
108	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
109	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129
110	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
111	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
112	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
113	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
114	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
115	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515
116	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812
117	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911
118	Cefuroximum	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416
119	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840
120	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857
121	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697
122	Cefuroximum	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703
123	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729
124	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736
125	Cetirizini dihydrochloridum	Alemed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793
126	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811
127	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835
128	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441
129	Cetirizini dihydrochloridum	Amertil, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215250
130	Cholecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818
131	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667
132	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780
133	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803
134	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514
135	Ciprofloxacinum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964
136	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117
137	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416
138	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111
139	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916
140	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012
141	Clonidini hydrochloridum	Iporel, tabl., 0,075 mg	50 szt.	05909990282814
142	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011
143	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715
144	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
145	Danazolium	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339
146	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574
147	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611
148	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854
149	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 20 mg	20 szt.	05900411007351
150	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 4 mg	20 szt.	05900411007276
151	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861
152	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 8 mg	20 szt.	05900411007313
153	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518
154	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617
155	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614
156	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380
157	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413
158	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420
159	Donepezili hydrochloridum	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314
160	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018
161	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912
162	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
163	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
164	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
165	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
166	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576
167	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316
168	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185
169	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551
170	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192
171	Duloxetinum	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537
172	Enalapili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
173	Enalapili maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
174	Enalapili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
175	Enalapili maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
176	Enalapili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
177	Enalapili maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
178	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990971473
179	Eplerenonum	Espiro, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990971558
180	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991014728
181	Eplerenonum	Nonpres, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991014759

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
182	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517
183	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
184	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991421601
185	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+20 mg	30 szt.	05909991421564
186	Ezetimibum + Atorvastatinum	Mizetam, tabl., 10+40 mg	30 szt.	05909991421526
187	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828
188	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835
189	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
190	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	30 szt.	05907594032309
191	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	60 szt.	05907594032408
192	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	90 szt.	05907594032507
193	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500
194	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609
195	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339
196	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708
197	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807
198	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173
199	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
200	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045
201	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311
202	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371
203	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388
204	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339
205	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991283247
206	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615
207	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516
208	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523
209	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909991097219
210	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
211	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181
212	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719
213	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874
214	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881
215	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549
216	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556
217	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610
218	Fluconazolum	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
219	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
220	Fluoxetineum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
221	Fluoxetineum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
222	Fluoxetineum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
223	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
224	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448523
225	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
226	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448530
227	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
228	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	3 inh.po 60 dawek	05909991448547
229	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
230	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
231	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
232	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
233	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
234	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
235	Furazidinum	Furazek, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991304102
236	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
237	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
238	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017
239	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
240	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516
241	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
242	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
243	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712
244	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
245	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311
246	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412
247	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319
248	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017
249	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617
250	Hydrocortisoni acetas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
251	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540
252	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
253	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
254	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
255	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
256	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
257	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014
258	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 szt.	05908289660401
259	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
260	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granulat do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817
261	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070
262	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056
263	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05907626701814
264	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990046485
265	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593
266	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205
267	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907
268	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212
269	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938
270	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229
271	Lacidipinum	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969
272	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
273	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
274	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718
275	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014
276	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099
277	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05906414000726
278	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733
279	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129
280	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05902020241713
281	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05907695215267
282	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034
283	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
284	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
285	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
286	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714
287	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220
288	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253
289	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260
290	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420
291	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049
292	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
293	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110
294	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118
295	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315
296	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
297	Megestrol acetate	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608
298	Megestrol acetate	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990895977
299	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168
300	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt.	0590999097527
301	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05904055005568
302	Meloxicamum	Mel Med, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05904055005575
303	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112
304	Mesalazine	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
305	Mesalazine	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
306	Mesalazine	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
307	Mesalazine	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
308	Mesalazine	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
309	Mesalazine	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
310	Metformin hydrochloride	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
311	Metformin hydrochloride	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
312	Metformin hydrochloride	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
313	Metformin hydrochloride	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
314	Metformin hydrochloride	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
315	Metoprolol tartrate	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
316	Metoprolol tartrate	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
317	Mianserin hydrochloride	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948
318	Mianserin hydrochloride	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991120962
319	Mianserin hydrochloride	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051
320	Mianserin hydrochloride	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991379391
321	Mianserin hydrochloride	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655
322	Mianserin hydrochloride	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311
323	Mianserin hydrochloride	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618
324	Mianserin hydrochloride	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625
325	Miconazole nitrate	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312
326	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
327	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
328	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991422462
329	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
330	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
331	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
332	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919
333	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015
334	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991
335	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066
336	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529
337	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536
338	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179
339	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319
340	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418
341	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438
342	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536
343	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515
344	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543
345	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
346	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
347	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189
348	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202
349	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990689774
350	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	28 szt.	05903060628519
351	Nebivololum	Nedal, tabl., 10 mg	56 szt.	05903060628526
352	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
353	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074
354	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067
355	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805
356	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782
357	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367
358	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910
359	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343
360	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927
361	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287
362	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911
363	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812
364	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866
365	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897
366	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
367	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989
368	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008
369	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046
370	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705
371	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750
372	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361
373	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293
374	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716
375	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518
376	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7,5 mg	30 szt.	05909991064617
377	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610
378	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013
379	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184
380	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737
381	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744
382	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751
383	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768
384	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603
385	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917
386	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177
387	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665
388	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696
389	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682
390	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672
391	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702
392	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712
393	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689
394	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719
395	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729
396	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641
397	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658
398	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675
399	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129
400	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143
401	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150
402	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174
403	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
404	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341
405	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082
406	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105
407	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709
408	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011
409	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716
410	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581
411	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723
412	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635
413	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693
414	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816
415	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991535513
416	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991535438
417	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991535353
418	Olanzapinum	Zylena, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991535599
419	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717
420	Pancreatinum	Lipancia 16 000, kaps., 16000 j.Ph. Eur. lipazy	60 szt.	05909990723164
421	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040
422	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026
423	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	112 szt.	05909991246525
424	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	112 szt.	05909991246532
425	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514
426	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415
427	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990569311
428	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081
429	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774
430	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782
431	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029
432	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206
433	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678
434	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
435	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990093519
436	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810
437	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
438	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
439	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
440	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
441	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
442	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
443	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207
444	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
445	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
446	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
447	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123
448	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
449	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
450	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516
451	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
452	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857
453	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888
454	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840
455	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590
456	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651
457	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583
458	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675
459	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710
460	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516
461	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990654703
462	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
463	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
464	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
465	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
466	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
467	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	84 szt.	05903060625358
468	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
469	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	84 szt.	05903060625334
470	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
471	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	84 szt.	05903060625341
472	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
473	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
474	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909991142759
475	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
476	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
477	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
478	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
479	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
480	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
481	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
482	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
483	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
484	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
485	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019
486	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913
487	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115
488	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214
489	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05907594033344
490	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05907594033399
491	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05907594033405
492	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05907594033412
493	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 15 mg	100 szt.	05907594033429
494	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05907594033443
495	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05907594033450
496	Rivaroxabanum	Kardatuxan, tabl. powł., 20 mg	100 szt.	05907594033474
497	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909991440398
498	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991440404
499	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991440350
500	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991440435
501	Rivaroxabanum	Mibrex, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991440442
502	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 10 mg	10 szt.	05909991503550
503	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05900411013482
504	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991503581
505	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909991503604
506	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909991503635
507	Rivaroxabanum	Rixacam, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991503642
508	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 10 mg	10 szt.	05909991528508
509	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	14 szt.	05909991528546
510	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 15 mg	28 szt.	05909991528584
511	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909991528607
512	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	56 szt.	05909991528614
513	Rivaroxabanum	Zarixa, kaps. twarde, 20 mg	14 szt.	05909991528621
514	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
515	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337
516	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375
517	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604
518	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950
519	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659
520	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981
521	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673
522	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574
523	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674
524	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698
525	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759
526	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773
527	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841
528	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865
529	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599
530	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636
531	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
532	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647
533	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
534	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
535	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
536	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
537	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
538	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
539	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753
540	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
541	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
542	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
543	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	28 szt.	05906414003352
544	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10+10 mg	56 szt.	05906414003369
545	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05900411012836
546	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	28 szt.	05906414003321
547	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5+10 mg	56 szt.	05906414003338
548	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	28 szt.	05906414003383
549	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20+10 mg	56 szt.	05906414003390
550	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914
551	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
552	Salbutamolum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
553	Salmeterolum	Asmetic, proszek do inhalacji , 50 µg/dawkę inh.	1 inh.po 60 daw.	05909991515713
554	Sertralinum	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685
555	Sertralinum	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692
556	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279
557	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286
558	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293
559	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990941025
560	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990941124
561	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616
562	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715
563	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838
564	Sitagliptinum	Ansifora, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05901812162564
565	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991421137
566	Sitagliptinum	Sitagliptin Adamed, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991420970
567	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	28 szt.	05900411004657
568	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	56 szt.	05900411003551
569	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Depepsit Met, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+500 mg	56 szt.	05900411002998
570	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100+1000 mg	30 szt.	05909991488727
571	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metformax SR Combi, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 50+1000 mg	60 szt.	05909991488659
572	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325
573	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226
574	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin Duo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05909991500061
575	Solifenacini succinas + Tamsulosini hydrochloridum	Solitombo, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 6+0,4 mg	30 szt.	05900411009164
576	Spironolactonium	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
577	Spironolactonium	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651
578	Spironolactonium	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
579	Spironolactonium	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
580	Spironolactonium	Spironol, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223
581	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529
582	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611
583	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710
584	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819
585	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410
586	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465
587	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373
588	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
589	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512
590	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437
591	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05900411005883
592	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05900411005906
593	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,4 mg	120 szt.	05900411005920
594	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
595	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
596	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
597	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
598	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
599	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
600	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	28 szt.	05909997077604
601	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
602	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05909997077673
603	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
604	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
605	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
606	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
607	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
608	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
609	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
610	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494
611	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
612	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
613	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569
614	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167
615	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214
616	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990733552
617	Torasemidum	Diured, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990733569
618	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991340100
619	Torasemidum	Diured, tabl., 20 mg	60 szt.	05909991340117
620	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990734504
621	Torasemidum	Diured, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990734528
622	Torasemidum	Toradiur, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991426811
623	Torasemidum	Toradiur, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991426804
624	Torasemidum	Toramide, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991162115
625	Torasemidum	Toramide, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909991161910

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
626	Torasemidum	Toramide, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991268350
627	Torasemidum	Toramide, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991162016
628	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718
629	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012
630	Tramadoli hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029
631	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619
632	Tramadoli hydrochloridum	Tramadol Synteza, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718
633	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl. , 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243
634	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763
635	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794
636	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	30 szt.	05397313000595
637	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	60 szt.	05397313000601
638	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Exbol, tabl., 75+650 mg	90 szt.	05397313000618
639	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984
640	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991
641	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004
642	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolum	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472
643	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735
644	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742
645	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759
646	Tramadolum + Paracetamolum	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766
647	Trimetazidini dihydrochloridum	Metazydyna, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990861330
648	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990846115
649	Trimetazidini dihydrochloridum	Preductal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991210083
650	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990919680
651	Trimetazidini dihydrochloridum	Protevasc SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 35 mg	120 szt.	05909991097592
652	Trimetazidini dihydrochloridum	Setal MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909990646746
653	Trimetazidini dihydrochloridum	Trimeductan MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg	60 szt.	05909991151812
654	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990773763
655	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990773695
656	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
657	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
658	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480
659	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459
660	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 szt.	05909990045419
661	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 szt.	05909990045211
662	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 szt.	05909990045310

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
663	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177

G 2.Leki wytwarzane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z wykorzystaniem substancji czynnej wytwarzanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 6 ust. 2a pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
2	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
3	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
4	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
5	Aripirazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284
6	Aripirazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314
7	Aripirazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338
8	Aripirazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383
9	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
10	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
11	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
12	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514
13	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853113
14	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958566
15	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853311
16	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958573
17	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990853519
18	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958580
19	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852413
20	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958597
21	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł. po 3 ml	05909990852116
22	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł. po 3 ml	05909990958603
23	Insulinum humanum	Polhuman Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
24	Insulinum humanum	Polhuman Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
25	Insulinum humanum	Polhuman Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
26	Insulinum humanum	Polhuman Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
27	Insulinum humanum	Polhuman N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
28	Insulinum humanum	Polhuman R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
29	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granulat musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
30	Perazinum	Pernazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518
31	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614
32	Sitagliptinum	Sigletic, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991424558
33	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+1000 mg	56 szt.	05909991451172
34	Sitagliptinum + Metformini hydrochloridum	Metsigletic, tabl. powł., 50+850 mg	56 szt.	05909991451042

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
35	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
36	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
37	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351